С.А.Суханов

О меланхолии

СПб., Издание журнала "Практическая медицина", 1906 - 42 стр.

Лекции, прочитанные при лечебнице для душевнобольных воинов в Москве.

Лекция I. История болезни. (Случай алкогольной меланхолии).— Меланхолия, как острая душевная болезнь; картина типической меланхолии; психология меланхоликов.— Anaesthesia psychica dolorosa. Физические признаки (бессонница, запоры, общее похудание, тягостные ощущения в груди, в голове или в других областях).—Различные виды меланхолии (кроме типической): 1) ажитированная, 2) алкогольная, 3) дистимия, 4) резонирующая, 5) истерическая, 6) ипохондрическая, 7) с навязчивыми мыслями, 8) с бредом и с галлюцинациями, 9) детская, 10) с оцепенением, 11) старческая.—Понятие о рецидивирующей меланхолии.

Лекция II. История болезни. (Случай меланхолии с бредом и с галлюцинациями).—Условия развития меланхолии: чаще у женщин.— Наследственность при меланхолии. —Предрасположение к заболеванию меланхолией.— О том, какими симптомами начинается меланхолия.— Продолжительность отдельных приступов меланхолии.—По поводу возвратов болезни.—Raptus melancholicus. — О возможности затемнения сознания при острой меланхолии.— Понятие о меланхолических состояниях (status melancholicus).— О том, существует ли хроническая меланхолия, как неизлечимая болезнь.— О возможных изменениях в организме при меланхолии.

Лекция III. История болезни. (Случай меланхолии с оцепенением). — К вопросу о комбинированных случаях. — Общие правила для ухода за меланхоликами; необходимость тщательного психологического индивидуализирования каждого случая меланхолии и каждого отдельного приступа ее. — Психическое влияние всей обстановки и всех окружающих на меланхолика. - О том, как обращаться с больным, как держать себя с ним.—Нужно ли развлекать меланхолика?— Важное значение психотерапии, понимаемой в широком смысле этого слова.

Лекция IV . История болезни. (Случай ипохондрической меланхолии). — Об уходе за больными с наклонностью к самоубийству. О психологии таких больных. — О двух случаях самоубийства в домашней обстановки. — О том, на что нужно обращать внимание при уходе за меланхоликами. — О том, чем и как могут меланхолики задушить себя.

Лекция V. История болезни. (Случай ипохондрической меланхолии). - О том, чем меланхолики могут причинять себе вред, какими острыми предметами. — Какую работу и когда можно давать меланхоликам?—Осторожность в обращении с хирургическими инструментами при меланхоликах.— Нанесение себе повреждений меланхоликами при помощи кусочков и обломков стекол.— О том, чем могут отравиться меланхолики. — В какой форме нельзя иногда назначать лекарства меланхоликам?— О других способах самоубийства у меланхоликов. — Что нужно делать при Raptus melancholicus? — Как кормите меланхоликов при отказе от пищи?—Об особенностях ухода за ажитированными меланхоликами.— Необходимость знакомства с психикой меланхоликов для правильного лечения их и ухода за ними.

Лекция VI. История болезни. (Случай ипохондрической меланхолии).—Разница во внешних проявлениях при ипохондрической меланхолии у солдат и у не солдат.—По поводу “депрессивно-ступорозного психоза” у солдат. — Частота

депрессивных форм душевного расстройства у солдат. — Преобладание случаев ипохондрической меланхолии над другими разновидностями меланхолии. — Ипохондрическая меланхолия наблюдалась преимущественно у солдат, призванных из запаса и принимавших участие в активных военных действиях.— Течете болезни при ипохондрической меланхолии у солдат.—О меланхолии вообще, наблюдавшейся у солдат, доставленных с Дальнего Востока.—Связь различных видов меланхолии с русско-японской войной.

Лекция первая

Больной, Д. Н. Н., 32 лет, военный фельдшер, поступил в лечебницу 22 мая 1905 года. Больной сохранил ясное сознание и может рассказать о своей прошлой жизни довольно хорошо. Он происходите, по его словам, из семьи, где встречаются алкоголики; напр., отец его допивался до белой горячки. Сам больной также рано стал прибегать к вину; он говорит, что, из баловства, с товарищами, он стал выпивать лет с 12. Потом, начал пить все больше и больше; впоследствии пил помногу временами, бросая совсем затем. Не раз под влиянием вина у него бывала белая горячка или явления, очень похожие на нее. Попав на Дальний Восток, продолжал употреблять спиртные напитки; пил там китайскую водку дурного качества, известную под названием “ханшин” или, попросту, “ханжа”. Пил и тут, по-видимому, с перерывами. В марте 1905 года, после злоупотребления спиртными напитками, у него обнаружились резкие алкогольные явления, с затуманиванием сознания на короткое время, после которых оказалась сильная тоска, существующая и до сих пор.

В настоящее время (16/XI 1905 г.) больной чувствует себя получше; это он и сам признает. Однако, и теперь он пока ничего не делает, не может почти читать, имеет грустный, печальный вид. Тоска у него прежде была ужасная; он желал бы лучше не жить, чем так мучиться, как он мучился. Впрочем, жизнь и теперь еще тяготит его. Он ждал постоянно казни; он думал, что в пьяном виде, не помня себя, мог

совершить какое-нибудь преступление, за которое ему и приходится отвечать. Он говорит определенно, что тоска у него была по утрам сильнее, чем вечером; это он отмечает и теперь. Кроме тоски, он был подвержен еще слуховым галлюцинациям; напр., иной раз словно над головой кто-то говорил, что его поведут на казнь. Бывали у него и обильные одно время зрительные галлюцинации; ему мерещились при закрытых глазах разные картины, а один раз ему показалось, что кто-то был с ножом у него под кроватью, чтобы зарезать его. Рядом с психическими симптомами в данном случай отмечается еще и ряд физических признаков: больной жалуется на тяжесть и на неприятные ощущения в груди; у него был плохой сон, запоры, которых прежде не было; временами в течении болезни совсем пропадал аппетит, и пища становилась противной.

Данный больной страдает алкогольной меланхолией; здесь алкоголь наложил свой отпечаток на картину меланхолии (своеобразные слуховые и зрительные галлюцинации). Надо заметить, что алкогольная меланхолия встречается сравнительно редко; это объясняется, по моему мнению, тем, что для того, чтобы заболеть меланхолией, надо иметь предрасположение, и надо, чтобы оно было у алкоголика.

Лиц, злоупотребляющих спиртными напитками, много; у них развиваются специально алкогольные психозы, как-то: белая горячка, затяжной алкогольный бред; меланхолия же у алкоголиков бывает редко. Начинается она обыкновенно после сильного приступа пьянства, с явлений, похожих вначале на белую горячку, из-за которых затем выступают на первый план признаки тяжелой тоски.

Демонстрируя вам больного, страдающего меланхолией, я воспользуюсь случаем высказать общие соображения по поводу данного психоза. Меланхолия относится к числу острых душевных расстройств, обыкновенно заканчивающихся выздоровлением; больные, сюда относящиеся, жалуются на дурное настроение, на тоску, постоянную тревогу, страх и т. д., т. е. у них наблюдается длительное расстройство душевного настроения. Для того, чтобы сказать, что у больного был приступ меланхолии, нужно, чтобы тоска длилась без перерыва почти в течение известного времени, напр., не менее нескольких недель. Если дурное, тоскливое настроение бывает в течение часов или одного—двух

дней, то нельзя, конечно, сказать, что у больного была меланхолия, как острая душевная болезнь. Вместе с тоской у меланхолика все мысли окрашиваются в мрачный цвет; у многих больных этой категории обыкновенно теряется способность воспринимать живо и всем своим существом приятные и веселые впечатления. Меланхолику вспоминается его прошлая жизнь, его поступки; но, замечательно, внимание его останавливается, почти исключительно, на неприятных событиях в жизни; как будто нарочно всплывают в сознании упреки совести; совесть становится болезненно-чувствительной. Ничтожный проступок, ничтожная оплошность, допущенная в жизни, ставится на счет больным самому себе; он начинает воображать, что он является виноватым, грешником, преступником; иногда он делает такой вывод, основываясь на таких фактах в своей жизни, на которые здоровый человек не обращает нередко никакого внимания. Меланхолик готов считать себя извергом, мучителем, виновным перед семьею, родными, окружающими; душа его испытывает мучения, и чем больше он углубляется в себя, тем хуже он кажется самому себе, тем омерзительнее он рисует самого себя. Он не может отвлечься от своих мрачных мыслей, он считает справедливыми свои выводы относительно самого себя, удивляясь только тому, что он раньше не видел, что он такой дурной, негодный человек, достойный лишь того, чтобы быть отверженным Богом и людьми. Больной приходит в ужас от того, что он как-то вдруг заметил, что душа его оказалась для него столь гадкой и отвратительной; он убеждается в том, что все то, что считалось его хорошими поступками и добрыми делами, было с его стороны лишь скорее одно притворство, одно подражание другим, а не искреннее влечение сердца, не искренняя любовь к ближним. Меланхолик приходит к заключению, что он, может быть, единственный человек в Мире с такими грехами, что ему стыдно смотреть в глаза людям, что ему нельзя молиться Богу, как грешнику, которому не будет никогда прощения. Больной переживает ужас; он не знает, что делать от отчаяния; у него является мысль о том, что одна лишь смерть может облегчить душевные муки, что она одна прекратит его невыносимое страдание, которое тяжелее всяких физических болей. Ничто его не успокаивает, ничто его не развлекает; наоборот, развлечения иногда как будто усиливают душевную боль. Кроме мыслей о том, что он отвержен Богом, ему могут приходить мысли и о том, что он сам находится под влиянием злого духа, нечистой силы; это открытие пугает больного еще

больше; он стыдится сказать об этом, ибо в этом он видит особый позор для себя, для семьи, для близких. Он не видит в своей жизни ничего хорошего, ни в настоящем, ни в будущем; его больному воображению рисуются лишь одни ужасы, одно мрачное, одни душевные муки в будущем, одни тяжелейшие страдания, страдания невыносимые, бесконечные, страдания не только на земле, но и в загробной жизни. Все это гнетет больного, все это не дает ему покоя. Он считает себя не только бесполезным существом, но и вредным для других; отчаяние у него нарастает, у него не хватает сил выносить душевные муки, и ему все чаще и чаще приходит на ум мысль о том, чтобы покончить с собой, на что некоторые из больных решаются, выполняя задуманное в той или другой форме. Интересна еще одна особенность психического состояния меланхоликов; больной к вечеру чувствует себя чуть-чуть получше; самое же тягостное состояние бывает у него под утро; он спит мало, сон у него тревожный, с тяжелыми, удручающими кошмарами. Можно сказать, что меланхолик засыпает все-таки в несколько лучшем настроении, с менее тяжелой тоской, чем просыпается утром, а пробуждается он рано. Не будучи в состоянии сразу заснуть, просыпаясь ночью, теряя сон с раннего утра, больной все думает и думает, в голове проходят одна за другой мысли мрачные, тревожные, тягостные воспоминания и т. д.

Такова в общем психология меланхоликов. Я не буду утруждать дальше ваше внимание специально психологией их, полагая, что и сказанного достаточно, чтобы выяснить их главные душевные особенности, знакомство с которыми явится до некоторой степени ключом для понимания психического состояния больных данной категории и служит путеводною нитью при уходе за ними, при обращении с ними; значение психологии меланхолика, возможность осторожно проникнуть в тайники его души, способность вникнуть в его тягостное положение будут служить для вас средством хотя бы сколько-нибудь облегчить его страдания, т. е. помочь ему, а иногда, может быть, и удержать его от насильственного прекращения собственной жизни.

Из сказанного выше вам ясно, что про меланхолика можно сказать, что он страдает душевною болью, душевной невралгией. Но некоторые из больных, сюда относящихся, жалуются на мучительную пустоту в груди; напр., больной говорит, что он сделался словно деревянным, что он стал как будто бесчувственным существом, неспособным радоваться,

горевать, сочувствовать веселью окружающих, любить родных и своих ближних, интересоваться всем тем, что свойственно другим людям. Вы услышите, что мать семейства жалуется иногда на то, что у нее как будто исчезла прежняя любовь и привязанность к детям, к семье; больная уверяет, что она относится к ним как будто только рассудочно, а сердце в этом не участвует. И эта утрата психической чувствительности является для меланхоликов источником новых и жестоких мучений; это разъединение, диссоциация рассудочной деятельности и ощущений в области сердца, сопровождающих наши душевные движения, как показывает наблюдение, особенно тягостно и невыносимо для больных. Это патологическое состояние известно под названием болезненной психической нечувствительности. Нечто аналогичное можно видеть и в области физических расстройств при нервных болезнях; напр., при существовании нечувствительности или при понижении ее на уколы и прикосновение, в данной области могут возникать, однако, очень сильные и резкие боли. Вот нечто аналогичное наблюдается и у меланхоликов при болезненной психической нечувствительности, при так назыв. “anaesthesia psychica dolorosa”.

При меланхолии наблюдаются не одни психические симптомы; ее сопровождает ряд физических признаков. Больные этой категории страдают плохим сном или упорной бессонницей; обыкновенно у них теряется аппетит, они жалуются на дурной вкус во рту; они страдают запорами, которые исчезают, когда заканчивается меланхолия. Во время болезни меланхолик худеет и падает в весе очень сильно; цвет лица у него может измениться; лицо становится более бледным, нередко с желтоватым оттенком. К физическим же симптомам, связанным с тоскою, надо относить, и тягостные ощущения в области сердца; при этом больной жалуется, что сердце у него болит, что в груди он чувствует тяжесть, словно на сердце у него постоянный камень; иногда неприятные ощущения в области сердца достигают степени резких физических болей. Иной раз неприятные и тягостные ощущения локализируются больным в области черепа или в области брюшных органов, а изредка связываются с неприятными ощущениями в других частях тела, как это бывает при так назыв. ипохондрической меланхолии. Для типической меланхолии характерны и обязательны тягостные ощущения в сердце. Выше я представил вам картину типической меланхолии; но, понятно само собою, я дал лишь общую

схему; ведь, один больной, страдающий типической меланхолией, не похож на другого, у которого также типическая меланхолия; существуют в широких размерах индивидуальные колебания, да и степень тоски бывает различная в отдельных случаях. Больной, заболевающий меланхолией, становится скучным, мрачным; ему трудно заниматься делом, скоро он обыкновенно оставляет занятия; некоторые из меланхоликов становятся менее подвижными; двигательные проявления иногда оказываются резко заторможенными. При так назыв. ажитированной меланхолии, наоборот, больной усиленно двигается, однообразно суетлив, стонет и охает громко, ломает руки, ударяет себя в груде и т. д.

Клиническая картина меланхолии хорошо изучена; наблюдение дает возможность выделить несколько форм острой меланхолии; разнообразие меланхолических форм зависит от того, что данная болезнь развивается у лиц с различными темпераментами, с неодинаковыми характерами, с разными прирожденными психическими особенностями.

Позвольте мне вкратце упомянуть о тех разновидностях острой меланхолии, которые можно бы отличать, по моему мнению. Кроме типической меланхолии, встречаются следующее виды ее:

1) Существует дистимия меланхолическая: здесь больной жалуется на дурное настроение, тоску, апатию, неспособность заниматься делом; он находится в угнетенном состоянии, но у него нет бредовых идей, он не высказывает мыслей самообвинения и самоуничижения. Такое расстройство душевного чувства и называется меланхолической дистимией.

2) Ажитированная меланхолия, для которой характерно двигательное возбуждение, метание, причитание; больной, страдающий этой формой, много двигается, ему трудно сидеть на месте, он много ходит; обувь на его ногах постоянно разваливается, на ногах появляются мозоли, так что иногда по внешнему виду ног можно догадаться, какая болезнь пред вами.

3) Алкогольная меланхолия; эта форма встречается редко; она, как показывает самое название, развивается у лиц, злоупотребляющих спиртными напитками; в этих случаях алкоголизм кладет свою печать

на самую меланхолию; напр., вначале могут быте даже признаки, похожие на белую горячку; позднее остаются слуховые обманы, зрительные галлюцинации, страх, боязнь казни.

4) Изредка приходятся встречать резонирующую меланхолию: она обнаруживается у лиц с особенной нервно-психической организацией, выражающейся в форме резонерства, у лиц, которые до этого были плохо уравновешенными, резонерами. Эта форма чаще бывает у мужчин, нежели у женщин; она имеет длительное течение и может тянуться неопределенное время.

5) Истерическая меланхолия более свойственна женщинам; случаев истерической меланхолии у мужчин я что-то не припоминаю. Оно и понятно, ибо истерия, в общем, чаще наблюдается у женщин, нежели у мужчин. Характерно для этой формы то, что в картину меланхолии вплетаются еще и резкие явления истерии: жалобы на сжимание в горле, наклонность к слезам, истерики, истерические припадки, расстройство чувствительности.

6) Ипохондрическая меланхолия выражается в том, что, вместе с резким угнетенным состоянием, у больного наблюдается масса тревог и опасений за свое здоровье; у него тревоги эти связываются то с различными органами, то с каким-нибудь одним органом или с частью физического организма.

7) Иногда меланхолия обнаруживается у лиц с тревожно-мнительным характером и наклонных к навязчивым мыслям; в этих случаях наблюдается своеобразная картина тоскливого состояния в сочетании с разнообразными навязчивыми психическими процессами.

8) Нередко приходится встречать больных, у которых тоска сопровождается резко выраженными бредовыми идеями самообвинения, самоуничижения, мыслями об особой греховности, обвинениями себя в различных преступлениях полового характера; здесь бывают также и слуховые галлюцинации неприятного содержания. Это будет меланхолия с бредом и с галлюцинациями.

9) В тех случаях, где меланхолия развивается у стариков, она имеет некоторые особенности; именно тут вместе с тоскливым настроением,

вместе с угнетением наблюдается подозрительность, недоверчивость, боязнь окружающих, отрывочные мысли о преследовании.

10) От времени до времени попадаются случаи меланхолии у детей; на особенности детской меланхолии до сих пор, думается нам, сравнительно мало обращалось внимания. Недавно мне пришлось наблюдать случай меланхолии у ребенка 6 лет, а также тоскливое состояние у мальчика л-т 11—12. Надо сказать, что случаи детской меланхолии отличаются от других случаев этого психоза своими особенностями; в моих случаях, напр., не было бреда самообвинения, бреда самоуничижения; оно вполне и естественно: едва ли возможен такой бред у ребенка в 6 лет. Тоску дети переносят очень плохо; находясь в болезненно-дурном настроении они сердятся, волнуются, недовольны окружающим, капризничают, стараются временами вымещать свое тяжелое состояние на окружающих. У своего 6-летнего пациента я видел припадки обостренного состояния, когда усиливался на короткое время страх, расстраивалось сознание, когда появлялись зрительные галлюцинации устрашающего характера.

11) Наконец, существует, еще форма острой меланхолии с оцепенением, со ступором; в этих случаях развиваются двигательные расстройства в виде неподвижности, скованности; речь больного становится тихой, он не сразу отвечает на вопросы. В некоторых случаях дело доходит до резко выраженного ступора, причем все время сохраняется меланхолический оттенок, особенно в выражении лица.

Познакомившись вкратце с внешними проявлениями меланхолии, с психологией меланхоликов, посмотрим теперь, каковы причины данного психоза. Но прежде чем говорите об этом, позвольте сделать небольшое отступление; в категорию острой меланхолии я отношу как единичные случаи меланхолии, так и те, где меланхолия повторяется. Я избегаю употреблять название “периодическая меланхолия”; вместо этого я говорю “рецидивирующая меланхолия” или “повторяющаяся меланхолия”. Если я вижу какой-нибудь острый психоз у больного, будет ли то аменция, мания или меланхолия, я говорю, что у данного индивидуума обнаружился острый психоз, который может повториться или нет. Заболевший острым психозом рискует снова заболеть, но эта опасность является условной; дело в том, насколько велика склонность к возвратам душевного расстройства у данного лица. Напр., возьмем

аналогию из области физических болезней; человек, перенесший крупозное воспаление легких, должен остерегаться снова заболеть тем же; но нельзя сказать, что он обязательно заболеет; все зависит от того, какова у него склонность к возвратам данной болезни. Подобно тому, как нельзя говорить, что человек страдает периодическим воспалением легких, так неудобно говорите о периодической меланхолии; там и здесь правильнее говорите о возвратах болезни, т. е. о возврате воспаления легких, о возврате или рецидиве меланхолии. Ведь, в самом деле, в настоящее время психиатрия входит в более тесную связь с остальной медициной, особенно с внутренней медициной. Разве можно сказать, что душевные болезни представляют что-то особенное в болезнях физического организма? Разве можно думать, что у меланхолика только одно душевное расстройство и больше ничего? Посмотрите на больных, и их вид, внешний вид покажет вам, убедит вас в том, что меланхолик страдает не только душевною болезнью; он, ведь, плохо спит, он худеет, бледнеет, у него появляются запоры, у него плохой аппетит и т. д. Следовательно, это — физически больной человек, у которого преобладают лишь психические симптомы. Состав мочи у него имеет свои особенности; именно, в ней появляется избыточное содержание красящего начала, так назыв. индоксила: а это указываете на изменение обмена веществ при меланхолии.

Мы хорошо не знаем еще, какие изменения происходят в организме меланхоликов, чем вызывается эта болезнь. Здесь можно предполагать существование недостаточного питания мозга; можно говорите о том, что нервные корковые элементы теряют способность быстро усваивать кислород, который доставляется им кровью. Но, с другой стороны, возможно говорить о том, что у лица, заболевшего острой меланхолией, существуют кате-то недостатки, еще не уясненные, неизвестные нам, ведущее, может быте, к самоотравлению организма собственными ядами; быте может, здесь виновата и недостаточная деятельность желез, нейтрализующих яды, развивающиеся в организме; а эти недостатки в строении организма могут сказываться временами; у одних чаще, у других реже; в зависимости от этого мы будем иметь то единичные заболевания, то повторные.

То, что я только что сказал о патогенезе меланхолии, есть лишь гипотеза, не больше этого.

Лекция вторая

Больной, А. М. Р., 27 лет, из запасных, уроженец Самарской губернии. Он говорит, что в школе учился плохо; одно время был в пастухах. Он женат, имеет детей. В августе 1904 года был призван из запаса на действительную службу и уехал на Дальний Восток, где был санитаром. Судя по его рассказам, около времени Мукденской битвы или вскоре после нее, изменилось у него настроение; он стал тосковать, волноваться, его поместили в Харбинский госпиталь. Болезнь теперь длится у него уже около восьми месяцев. В лечебнице он находится с августа 1905 г., он все время испытывал тоскливое состояние, он усиленно молится, считает себя грешником, настойчиво просился временами домой, он не считает себя больным. Жалуется на то, что у него болит сердце; боится, что его посадят в огонь за “плохие дела”. Он обвиняет себя в том, что, находясь на Дальнем Востоке, был в связи с китаянкой; говорит, что будучи пастухом, имел сношения с животными. Полагая, что он великий грешник, он просил у Бога прощения, вероятно, он не надеется на то, что Господь его простит. Временами тоска у него усиливается; он начинает больше волноваться, становится на колени, кланяется в ноги окружающим, умоляя отпустить его домой; то приходит к заключению, что ему надо наложить на себя пост, чтобы загладить свои грехи, и тогда больной перестает почти есть в течение некоторого времени или питается одним хлебом. Иногда громко читает и поет молитвы. Он все время выглядит грустным. Но интересно отметить одно явление, которое у него наблюдается: несмотря на постоянно гнетущую его тоску, несмотря на то, что у него существуют резко выраженные мысли самообвинения, выражение лица его, особенно выражение глаз, смеющееся. (Заметим, кстати, что такая диссоциация между выражением лица и душевным настроением наблюдается иногда у меланхоликов, и нередко это бывает при сильной тоске, при сильной душевной тревоге).

В настоящее время (20/XI 1905 г.) больному как будто несколько получше; но тоска у него остается; он говорит и сейчас, что у него “болит сердце”, и эти неприятные ощущения он локализирует в левой половине грудной клетки. Он и сейчас считает себя великим грешником, которому, может быть, нет и не будет прощения от Бога. Во время

болезни он плохо спал, по его словам. Мысли у него всегда мрачные; он постоянно раздумывает о своих грехах, сокрушается о них. И теперь еще глаза его, и отчасти все лицо, сохраняют смеющееся выражение, несмотря на сильную тоску.

Только что приведенный случай относится к категории меланхолии с бредом самообвинения в половых преступлениях. Что касается того, какую роль играло пребывание больного в действующей армии на Дальнем Востоке, то трудно, конечно, высказаться в этом отношении сколько-нибудь определенно.

С нашей точки зрения, у такого больного должно существовать предрасположение к заболеванию меланхолией; неблагоприятные условия жизни на Дальнем Востоке служили, может быть, вызывающей причиной; правда, вызывающей причиной могло бы быть и какое-либо другое обстоятельство. Если бы это был алкоголик, то весьма возможно, что у него, при его предрасположении к заболеванию меланхолией, развилась бы картина алкогольной меланхолии, сходная, напр., с тою, которую мы видели у больного, демонстрированного вам в последний раз. Начало заболевания в данном случае относится ко времени Мукденской битвы, одного из самых страшных и самых тяжелых по кровопролитию моментов русско-японской войны; общее настроение в русской армии осталось не без влияния и на нашего больного, не говоря уже о том, что в качестве санитара ему приходилось видеть самые тягостные и мучительные сцены и усиленно работать в то время.

Познакомившись с этим больным, вы, вероятно, убедились еще более в том, насколько разнообразна картина острой меланхолии у отдельных больных.

В прошлый раз мы говорили с вами о том, что для заболевания меланхолией, по моему мнению, нужно особое предрасположение, причем пришли к тому заключению, что все случаи меланхолии, где имеем дело как с единичными приступами, так и с повторяющимися, правильнее рассматривать в одной общей группе “рецидивирующей меланхолии”.

Но, чтобы ближе подойти к выяснению условий, при которых развивается меланхолия, необходимо остановиться еще на некоторых пунктах, сюда относящихся.

Мне приходилось уже говорить, что меланхолия является одною из самых частых острых душевных болезней, особенно у женщин; Д-р Ганнушкин и я, пользуясь данными Московской Психиатрической Клиники, убедились в том, что меланхоличек в три приблизительно раза больше, чем меланхоликов; то же преобладание меланхоличек над меланхоликами констатируется также и в некоторых западноевропейских государствах, по-видимому, насколько это можно судить по работам отдельных авторов, напр. немецкого профессора Ziehen'а и французского врача Garnier. Что касается нашей местности, то оказывается, что не менее одной десятой части, среди душевнобольных женщин, приходится на долю лиц, страдающих меланхолией. Если возьмем одних мужчин, то увидим, что из 100 душевнобольных 3 или 4 будут меланхолики.

Посмотрим теперь, какую роль в происхождении меланхолии играет наследственность. В семье лиц, страдающих меланхолией, отмечаются очень часто алкоголизм, нервные и душевные болезни у родителей, близких родственников; в некоторых же случаях при этой болезни родные оказываются, по рассказам, здоровыми. У разных психиатров получаются неодинаковые выводы о наследственном расположении при меланхолии; тут играет роль то обстоятельство, как собирает врач сведения о болезнях родных, как он оценивает то, что ему сообщают об этом, на что он обращает больше всего внимания. Но интересна одна особенность: среди женщин чаще, чем среди мужчин, встречаются случаи меланхолии, где нет указаний на наследственное расположение к душевным заболеваниям; а это, думается мне, еще лишний раз указывает на то, что женщины, при прочих равных условиях, более наклонны к заболеванию меланхолией; напр., если предположить, что сильные моральные потрясения, особенно неблагоприятные внешние условия и пр. могут иногда вызвать приступ меланхолии, то этот последний скорее обнаружится у женщины, нежели у мужчины.

Еще два слова о наследственном расположении.

Как вы знаете, говоря о наследственном предрасположении, мы отмечаем у близких родных существование алкоголизма, нервных и душевных болезней; иногда же мы видим, что человек представляет резкие признаки психического и физического вырождения, а среди

близких родных лиц нервнобольных и психически больных нет. Несомненно, что некоторый приобретенные физические болезни у родителей, напр., сифилис может выразиться у детей в форме неустойчивости нервных корковых элементов, в виде преждевременного увядания их, что дает иногда может быть картину первичного (неизлечимого) юношеского слабоумия. Туберкулез у родителей может дать также у детей те или иные уклонения от нормы, напр., способствовать появлению тревожно-мнительного характера и тесно связанных с ним навязчивых мыслей. Психическое состояние матери во время беременности остается, конечно, не без влияния на душевную организацию ее потомства; между прочим, можно опасаться, что тревожные общественные события нашего времени будут причиной появления на свет большего количества лиц неуравновешенных, нервных, подобно тому, как было это отмечено после эпохи осады Парижа прусскими войсками.

Я позволил себе сделать это отступление, чтобы показать вам, как трудно решается вопрос о причинах душевного расстройства в каждом отдельном случае и как следует смотреть на те напр., случаи острой меланхолии, где на наследственность указаний не имеется.

Чем же все-таки объяснить большую склонность женщин заболевать меланхолией? Мне думается, что отчасти это можно объяснить тем, что эмоциональный механизм у женщин, в общем, значительно чувствительнее, чем у мужчин, у которых большую роль, в общем, играет интеллектуальный аппарат. Замечательно, что все эмоциональные психозы, а не одна только меланхолия, чаще встречаются у женщин; напр., редкая болезнь - мания также все-таки чаще наблюдается у женщин, равно как и так назыв. циркулярный психоз, который встречается нередко.

Итак, указав на то, что для заболевания меланхолией надо иметь ту или другую степень предрасположения для этого, мы пришли к тому заключению, что это предрасположение находится в большой зависимости от наследственных влияний, а также от тех или иных условий внутриутробной жизни. У одних индивидуумов предрасположение к заболеванию меланхолией весьма легко сказывается в виде острого меланхолического приступа, у других для этого нужен ряд более или менее резких вызывающих причин, среди

которых вы видите самые разнообразные: моральные потрясения, физическая болезни и т. д. У женщин, наклонных к заболеванию меланхолией, приступ этого психоза обнаруживается иногда послов родов, во время кормления. Нередко приступы меланхолии появляются без видимых причин; весьма возможно, что вызывающие причины в таких случаях ускользают от нашего внимания; возможно, с другой стороны, что у некоторых лиц встречается особенная неустойчивость эмоционального аппарата, и он расстраивается, давая картину меланхолии, при наступающем временами, сравнительно ничтожном, расстройстве обмена веществ.

Остановим теперь наше внимание на том, как развивается меланхолия, с каких явлений начинается она, как долго протекают отдельные приступы, как часто они повторяются.

В одних случаях этот психоз развивается медленно и постепенно; то сначала у больного обнаруживаются неопределенные признаки недомогания, усталости, причем тоска появляется позднее; затем тоска, тревога, страх постепенно усиливаются, изо дня в день нарастают, и к этому присоединяются уже плохой сон, ощущение тяжести в груди, потеря аппетита, похудание, запоры. Иной раз прежде всего у больного обнаруживаются физические признаки, только что перечисленные, а позднее появляются дурное настроение, тоска, постепенно усиливающаяся. В других случаях болезнь начинается довольно быстро, достигая в течение нескольких дней до резко выраженных признаков. Там, где приступы меланхолии повторяются часто, начало болезни бывает сравнительно быстрое, особенно в тех редких случаях, где наблюдается весьма большая неустойчивость настроения, где эмоциональная система выходит из равновесия весьма легко, где достаточно какого-нибудь ничтожного сравнительно повода, чтобы больной перешел на некоторое время в меланхолическое состояние.

Что касается того, как долго длится отдельный приступ меланхолии, то надо заметить прежде всего, что здесь существует весьма большое разнообразие; в среднем, обычно приступ меланхолии длится несколько месяцев, около года. Встречаются сравнительно короткие приступы меланхолии, исчезающие совсем через несколько недель; но это бывает редко. Наоборот, иногда, что тоже бывает не часто, меланхолическое состояние длится годами; напр., я знаю

больную, теперь уже пожилую особу, у которой второй приступ меланхолии, недавно закончившийся, тянулся восемь лет; правда, дело шло с колебаниями, с обострениями, но дурное настроение существовало без перерыва в течение только что указанного времени; больная за этот период успела сильно постареть, сгорбиться, но тоска у нее прошла. Эти случаи поучительны в том отношении, что заставляют врача не терять надежды на выздоровление, хотя бы и прошло даже несколько лет от начала заболевания меланхолией. В только что упомянутом случае была ажитированная форма меланхолии. Д-р Ганнушкин и я, в своей работе о меланхолии, приводим случай, где болезнь тянулась с колебаниями и с некоторым улучшением в течение 13 лет. Более длительных приступов я не знаю; но такие случаи относятся, несомненно, к категории исключительных. Иногда мы видим частые приступы меланхолии, но кратковременные; то, наоборот, меланхолическое состояние—длительное, но зато и светлые промежутки равняются нескольким годам. В одном случае, который цитируется в упомянутой работе, при рецидивирующей меланхолии между первым и вторым приступом меланхолии прошло около сорока лет; но это—случай единственный в своем роде. В общем, меланхолия рецидивирует через неопределенное количество лет, у одних раньше, у других позднее, у третьих совсем не повторяется; а там, где наблюдается более двух приступов, она появляется обыкновенно, даже большею частью, через неодинаковые промежутки времени. Мне думается, что чем сильнее была тоска, чем глубже был болезненный процесс, тем меньше опасности повторения душевного расстройства, по крайней мере в течение многих лет, особенно, если тоска не была кратковременной. Те случаи, где болезнь повторяется часто, выражаются обыкновенно, по-видимому, в виде простого меланхолического состояния, но без бреда самообвинения, т. е. в форме меланхолической дистимии.

Интересно знать, в каком возрасте обнаруживается чаще всего первый приступ меланхолии; ответ на это дает то исследование, на которое я не раз ссылался сегодня. Оказывается, что у мужчин меланхолия чаще всего развивается впервые между 20 и 30 годами; она нередко бывает также у них и в пожилом возрасте, после 50 лет; нам известен случай, где несомненная меланхолия в первый раз развилась в 64 года. У женщин наклонность к заболеванию меланхолией сказывается впервые чаще

всего между 20 и 25 годами, возвраты же ее наблюдаются иной раз в климактерическом, т.е. в инволюционном периоде.

Чтобы дополните картину болезни при острой меланхолии, необходимо указание на то, что у меланхоликов, при тяжелой тоске, наблюдается временами еще более тягостное состоите, когда мысли путаются, когда сознание затемняется; в это время больной выглядит очень взволнованным, пульс учащается, лицо бледнеет, на нем появляется выражение ужаса, неописуемого страха; он начинает бормотать что-то неясное, непонятное. В это время он может броситься из окна, с лестницы, разбить себе голову об стену, или покончите с собою при помощи какого-нибудь, случайно попавшегося под руки, острого предмета. Но затем вы видите, что больной начинает понемногу успокаиваться, приходите в себя, сознание у него проясняется, чувство ужаса и страха уменьшается, и он возвращается в прежнее состояние, в котором был до этого. Такие кратковременные приступы беспредельного страха и ужаса известны под названием меланхолический порыв или raptus melancholicus. Это состояние, т. е. raptus melancholicus, может наступать неожиданно и повести, при недосмотре, к весьма печальным последствиям.

Далее, в течение меланхолии, для которой характерно тоскливое настроение, при сохранении ясного формального сознания, могут быть временно, но не постоянно, признаки резко расстроенного, затуманенного сознания, спутанности; это может обнаружиться иной раз в течение самой меланхолии, причем до этого и после этого сознание остается ясным; эта временная спутанность бывает обыкновенно непродолжительной и наблюдается в более тяжелых случаях.

Но вам необходимо знать еще, что кроме меланхолии, как острой и самостоятельной болезни, существует еще меланхолическое состояние, которое сопровождает какую-нибудь другую душевную болезнь.

Меланхолия и меланхолическое состояние - понятия совершенно различные. Напр., существует меланхолическая форма острой спутанности сознания, и в таких случаях можно говорите лишь о меланхолическом состоянии. Это последнее, т. е. меланхолическое

состояние, status melancholicus, может наблюдаться в связи с самыми разнообразными душевными болезнями. Нередко, в настоящее время, приходится встречать картину тоски, апатии, стремления причинить себе вред, нанести повреждение в начальном периоде прогрессивного паралича, о чем позднее нам придется беседовать, с вами. Иной раз сочетание признаков, похожих на меланхолию с внешней стороны, т. е. меланхолически синдром, обнаруживается при развитии у больного первичного юношеского слабоумия, с тем также познакомимся позднее. Меланхолическое состояние может быть иногда выражением наступающего ослабления умственных способностей вследствие изменения, вследствие перерождения мозговых сосудов, которое начинается после 50 лет жизни. Во всех этих случаях, конечно, нельзя говорите о меланхолии, а можно говорите лишь о меланхолическом состоянии, status melancholicus.

Наибольшее сходство меланхолия, как острый рецидивирующий психоз, имеет с меланхолической фазой так назыв. кругового или циркулярного психоза; но циркулярный психоз, болезнь хроническая, захватывающая в огромном большинства случаев всю жизнь больного с молодых лет и до конца ее, и рецидивирующая меланхолия, которая может выразиться лишь одним приступом, по нашему мнению, психозы совершенно различные; там—болезнь неизлечимая, тяжелая; здесь же болезнь острая, наклонная к повторению, но не обязательно повторяющаяся. Наконец, меланхолическое состояние, status melancholicus, может иногда наблюдаться и при других душевных болезнях, помимо тех, которые были выше перечислены, напр., при эпилептическом психозе, при первичном слабоумии взрослых, при первичном хроническом помешательстве или при хроническом бреде преследования и т. д.

Позвольте еще несколько подробнее остановиться на исходах болезни при меланхолии, как особой форме душевного расстройства. Как мы видели выше и как это было ясно из вышесказанного изложения, меланхолия относится к числу острых психозов, т. е. отдельный приступ меланхолии заканчивается выздоровлением: так бывает в огромном большинстве случаев, по крайней мере. Правда, иной раз встречаются такие случаи, где меланхолия длится несколько лет; но рано или поздно она заканчивается выздоровлением. Иногда меланхолия в течение нескольких лет не исчезает, но больной погибает

от какой-нибудь случайной болезни. Наиболее длительными, по-видимому, оказываются, главным образом, ажитированная форма меланхолии у женщин и резонирующая меланхолия, чаще встречающаяся у мужчин; эта последняя может тянуться неопределенное время, годами; она идет с колебаниями, и иногда вы не видите ей конца. Сколько бы времени меланхолия ни длилась, она не ведет к резкому упадку умственных способностей; правда, если она тянется долго или часто повторяется, то это мешает больному развиваться и приобретать знания, способствуя некоторому сужению кругозора; но того, что называется слабоумием, при меланхолии обыкновенно не развивается.

О том, существует ли хроническая неизлечимая меланхолия, я не могу высказаться определенно; как мы говорили выше, нельзя терять надежды на выздоровление даже и там, где меланхолия длится несколько лет. Но это положение требует оговорки; если в течение меланхолии обнаруживается какое-нибудь прибавочное физическое страдание, то оно может мешать выздоровлению от меланхолии; напр., если присоединяется туберкулез легких, то, конечно, такая комбинация, т. е. сочетание его с меланхолией, ухудшает положение больного и не будет способствовать выздоровлению от меланхолии; наоборот, предсказание здесь ухудшается. Или еще пример: приступ меланхолии, длившийся несколько лет, захватывает старческие годы, когда начинают обнаруживаться в резкой форме изменения со стороны сердца и мозговых сосудов; под влиянием меланхолии поражение мозговых сосудов может пойти более быстрыми шагами, а это поведет к упадку интеллекта, который остается, хотя меланхолия и пройдет.

Если бы вы меня спросили, какие изменения обнаруживаются в головном мозгу при острой рецидивирующей меланхолии, то прежде всего нужно будет сказать, что характерных для этой именно душевной болезни изменений в головном мозгу мы не знаем; если мы этого не знаем, то это не значит еще, что их нет; они должны быть, но наши методы исследования еще не настолько тонки, чтобы можно было подметить характерные изменения в головном мозгу. Как на наиболее частые патологоанатомические находки при меланхолии, указывается на отек головного мозга, на малокровие его; но понятно само собою, что этого недостаточно для объяснения картины меланхолии; что касается отека мозга, то можно всегда сказать, что он был явлением

предсмертным и зависел от той болезни, от которой погиб меланхолик; а погибает он, если не кончил жизни самоубийством, от какой-нибудь случайной физической болезни. Описываются некоторыми авторами и изменения в нервных клетках мозговой коры и в других частях нервной системы; но изменений, характерных для меланхолии, мы пока не знаем, и это дело будущего. Поэтому в настоящее время меланхолию, особенно более легкие формы ее, можно бы условно относите к так называемым функциональным психозам, которые обыкновенно противополагаются так назыв. органическим психозам, т. е. таким, где имеем дело с грубыми и резкими изменениями в головном мозгу или во всей нервной системе; заметим, кстати, что к органическим психозам относится, между прочим, прогрессивный паралич, по поводу которого нам придется беседовать с вами позднее.

Лекция третья

Больной, К. М. Л., 33 лет, из запасных. Он сообщает, что был призван из запаса на действительную службу пред Рождественскими праздниками 1904 года. Поехал он на Дальний Восток здоровым; в сражениях ему участвовать не приходилось, так как он находился, по-видимому, в тылу армии. Судя по его словам, он заболел приблизительно с весны 1905 года; тут ему сделалось скучно, стала нападать тоска. С сентября находится в здешней лечебнице; бросается в глаза, что больной подавлен, угнетен, имеет грустный вид. Он тихо отвечает на вопросы; если его не расспрашивать, он будет молчать. Жалуется на тоску: думаете, что ему не бывать дома. Бывают ли слуховые обманы, сказать трудно с уверенностью. Иногда подолгу плачет, говоря, что у него тоска; обыкновенно уединяется, временами много ходит, молча и с грустным видом. В настоящее время (23/XI1905 г.) больной представляет те же признаки угнетения; он все еще тосклив. Из разговора с ним легко убедиться в том, что он правильно ориентируется в месте и времени; ответы его разумны, предлагаемые вопросы он хорошо понимает. Говорит он тихим голосом; иногда не сразу отвечает на вопрос, и это зависит от заторможения психических процессов у него. Болен он в первый раз, по его словам.

В данном случае можно говорить о меланхолии с легким состоянием оцепенения. Как вы видите, здесь существуют особенности, отличающие этого больного от других меланхоликов, с которыми вы познакомились прежде. Демонстрируя данного больного, я стремился к тому, чтобы вы получили новые впечатления от знакомства с этой формой меланхолии.

Теперь же снова переходим к теоретической части наших бесед о меланхолии, имеющих непосредственное отношение к клинической стороне дела. Заканчивая общие соображения о рецидивирующей меланхолии, прежде чем перейти к рассмотрению того, в чем должны заключаться лечение меланхоликов и уход за ними, я хотел бы еще обратить ваше внимание на существование редких и исключительных случаев, наводящих на новые размышления. Мы говорили выше, что после приступов меланхолии не наступает, резкого ослабления умственных способностей, и каждый отдельный приступ болезни, каким бы длительным он ни был, может закончиться выздоровлением даже через несколько лет. Но, однако, мне пришлось познакомиться с одним случаем, представлявшим особенности в течении болезни. Этот случай цитируется в моей работе с д-ром Ганнушкиным о меланхолии. Это — больной, 48 лет; всегда он был нервен, впечатлителен, мнителен, несколько суетлив; в возрасте, 22 лет у него было дурное настроение, тревога за свое здоровье, боязнь умереть, и это длилось около года. Лет семь тому назад у него было непродолжительное дурное настроение. Затем у него начинается тоскливое состояние, тревога, мрачные мысли; вскоре развивается картина, характерная для ажитированной меланхолии, которая протекала в дальнейшем с колебаниями; постепенно, однако, стало обнаруживаться ослабление умственных способностей, дошедшее до явлений резкого слабоумия. Только что приведенный случай, представляется необычным; таких случаев немного, по-видимому, и они являются поучительными. В самом деле, о какой болезни можно бы говорить здесь? Пока у больного не было признаков стойкого слабоумия, все было так ясно, все так походило на рецидивирующую меланхолию. Развитие неизлечимого слабоумия, картина окончательного разрушения психической деятельности в этом случай заставляет думать, что, может быть, здесь присоединился новый процесс, не имеющий ничего общего с рецидивирующей меланхолией;

мне думается, что здесь обнаружилось преждевременное увядание нервных корковых элементов высшего порядка, дающее картину слабоумия и развивающееся, хотя и не часто, у взрослых. С этой точки зрения, такой случай можно считать комбинированным, случаем сложным, можно предполагать, что здесь к функциональному психозу присоединилось душевное расстройство в форме первичного слабоумия взрослых, которое, вероятно, приближается уже к органическим психозам.

Теперь позвольте мне остановиться подробнее на рассмотрении того, в чем заключается уход за меланхоликами и лечение их. Прежде всего заметим, что здесь надо руководствоваться теми соображениями, которые я представил вам по поводу меланхолии, по поводу психологии меланхоликов, по поводу сущности этой болезни и пр. Понятно само собою, что необходимо индивидуализировать самым тщательным образом каждый отдельный случай; нельзя сказать, что всех меланхоликов надо лечите так-то и так-то; шаблон здесь, как и вообще в медицине, может повредить правильному лечению; это верно как по отношении к меланхолии, так и по отношение, напр., к тифозной горячке. Нам в жизни приходится иметь дело не со схемами, а с живыми людьми; нужно всегда помните при лечении меланхоликов, что пред вами индивидуум с меланхолией: не говоря уже о том, что существует большое разнообразие форм острой меланхолии, но и каждая форма бывает, кроме того, неодинаковой интенсивности, выражена с неодинаковой силой и сопровождается часто какими-нибудь индивидуальными особенностями. Если бы вы меня спросили, чем лечить меланхолика, то я мог бы ответить, прежде всего, словами одного из моих учителей, проф. А. Я. Кожевникова, который любил подчеркивать, что в различных случаях бывает различно. Напр., положим, обращается ко мне за советом больной, страдающий частыми приступами рецидивирующей меланхолии, которая выражается у него в виде легкой формы меланхолической дистимии; такой больной можёт жаловаться на то, что ему трудно заниматься делом, что нужно при занятиях делать ему заметные усилия воли; и вот, если он спросит врача, не оставить ли ему занятия, не поместиться ли в больницу, то нужно, конечно, выясните, как обстояло у него дело в прежние приступы болезни. В некоторых случаях легкой меланхолической дистимии, когда нет, по-видимому, опасности, что больной может сделать попытку

покончить с собой, можно рекомендовать больному не изменять резко своего образа жизни, не бросать дела пока, больше отдыхать, может быть, сократить число часов работы, особенно если больной сообщит вам, что ему не раз приходилось переносить болезнь на ногах. Бывает и так, что такой больной, прекратив всякое дело, также чувствует себя не лучше, а иногда даже, больше начинает тяготиться своим положением; иной раз может оказаться, что хотя и трудно было ему заниматься, но привычная работа как будто немного отвлекала его от мыслей о болезни. Иногда бывает, что такой больной одни приступы легкой меланхолической дистимии переносит на ногах, другие—заставляют бросать его на время дела, третьи—побуждают стремиться его в больницу. Все зависит от того, насколько интенсивнее насколько силен данный приступ меланхолической дистимии. Следовательно, не только нельзя сказать, что нужно советовать меланхоликам вообще, но и относительно данного больного нельзя утверждать, что и теперь его надо лечить непременно так же, как и в прежние приступы меланхолии. Конечно, врач должен обсудить каждый отдельный случай меланхолии, составите себе верное представление об индивидуальных особенностях данного случая, и тогда лишь он имеет право сказать, что для больного будет правильнее сделать попытку не бросать всех занятий, не помещаться в больницу, а не наоборот. Лечение больного нужно понимать не в смысл назначения ему лекарств; такое представление о лечении меланхоликов было бы слишком одностороннее: когда идет речь о лечении, то нужно подразумевать под этим всю совокупность тех условий, в которые вы желаете поставить меланхолика, полагая, что при этих именно условиях, а не при других, он легче будет переносить свою болезнь. Напр., представьте себе, что врач не понял больного, прописал ему успокаивающую микстуру и настаивал на том, что занятия ему оставлять не следует ни в каком случаи; представьте, что этому больному как раз именно и был нужен абсолютный отдых; конечно, тогда можно сказать, что хотя больной и принимал фармацевтическая средства, но лечению он в сущности не подвергался. К категории лечебных воздействий надо относить и влияние окружающей обстановки, и психическое влияние лиц, окружающих больного, и лечение теплыми ваннами, и фармацевтические средства. Сколько бы лекарств из аптеки врач ни имел в своем распоряжении, как бы ни были разнообразны эти средства, но раз окружающее не понимают психического состояния больного, раз его психология им не доступна, то

нельзя сказать, что больной лечится правильно, лечится так, как этого требует его состояние.

Влияние окружающих лиц играет огромное значение при лечении меланхолии, как и вообще в психиатрии; на враче, пользующем меланхолика, лежит весьма благодарная обязанность стремиться к тому, чтобы весь персонал, ухаживающий за больным проникся определенными взглядами, чтобы все лица знали, как надо поступать с больным, как к нему относиться, как с ним вести себя, что ему отвечать и т. д.

В обращении с больным надо всегда помнить, что меланхолик страдает тоской, что у него тревога, что у него могут быть мысли самообвинения, греховности, что он человек с упавшим духом. Как вы знаете, при меланхолии обыкновенно сохраняется ясное сознание, и этого обстоятельства не нужно забывать; меланхолик часто наблюдает окружающее, воспринимая правильно то, что он видит и слышит. Если кто-либо из здоровых окружающих неосторожно говорит при больном по его адресу, игнорирует его человеческое достоинство, то это, конечно, может быть тяжело для больного; наоборот, нужно поддерживать в нем бодрость духа, нужно стремиться к тому, чтобы ваши слова, ваше отношение к больному являлись для него поддержкой и смягчали то отчаяние, какое он иногда переживает. Обращение с больным должно быть простое, доброжелательное; утрированная ласковость многими больными, страдающими меланхолией, вполне справедливо оценивается, как фальшь, как нечто напускное и неестественное. Нужно быть внимательным к больному, вникать в его личные дела, заботы, принимать во внимание его интересы, не игнорировать того, что кажется вам иногда мелочью; конечно, в то же время надо держать себя так, чтобы излишними расспросами и неуместными приставанием не утомлять больного, не раздражать его. Как прибрести доверие больного, объяснить этого во всех подробностях я не могу здесь; личный такт, личное умение подойти к психике больного помогут вам, может быть, больше, чем мои детальные разъяснения. Когда больной находится в лечебнице, необходимо, чтобы он видел опору в окружающих своему упавшему духу, своему иной раз беспредельному отчаянию; надо, чтобы лица, за ним ухаживающие, своим теплым и сердечным отношением помогали хотя бы тлеть искре надежды на то, что, может быть, и в самом деле не все еще потеряно.

Если больной, страдающий меланхолией, неохотно говорит с вами о своем состоянии, о своих мучениях и тревогах, то с первого раза и не следует часто самому расспрашивать больного; достаточно часто бывает и того, что вы приходите и посидите с ним почти молча, или предлагая от времени до времени какие-нибудь вопросы, смотря по обстоятельствам. Не следует неосторожно и без надобности касаться таких сторон жизни больного, воспоминание о которых для него особенно тягостно, особенно мучительно. Когда он привыкнет к вам, когда он почувствует в вас искреннее желание, неподдельное, облегчить его душевные боли и душевные страдания, когда он увидит, что вы сочувствуете ему, что и вы видите в нем человека и не отвертываетесь от него, как от отверженного Богом и людьми, каковым он сам себя считает, тогда он сам будет с вами иногда разговорчивее, сам, без расспросов, будет раскрывать пред вами свою душу, и это будет служить ему некоторым облегчением, некоторым утешением. Считая себя самым скверным человеком в мире, больной рассказывает о себе все то, на что он смотрит, как на дурное, отвратительно-безобразное, может находить успокоение в этом, видя и убеждаясь, что вы от него не отвернулись. Раз душевные боли больного находят отклик в вас, хотя бы и слабый, раз он увидел, что вы относитесь небезразлично к его страданиям, у него будет та или иная степень благодарности к вам, он будет расположен к вам; иной раз, по-видимому, ваше отношение к больному поможет ему не приводить в исполнение стремления покончить с собою из боязни огорчить этим вас, из боязни доставить вам неприятность.

Обыкновенно нас, врачей, спрашивают, нужно ли стараться больного развлекать. Стараться развлекать больного усиленно не нужно ни в каком случае; хорошо, если удастся заинтересовать его каким-нибудь легким, несложным делом, легким чтением; в известный период болезни, в некоторые моменты ее он не в состоянии и этого делать, и тогда приходится ждать более удобного момента для этого. Развлечения в виде продолжительного разговора тут не принесут ничего хорошего; они могут утомить больного и, следовательно, ухудшить его состояние. Продолжительные разубеждения меланхоликов и стремление заставить их отказаться от своих бредовых мыслей ни к чему не ведут; наоборот, все это может быть даже вредно; достаточно утешать больного, говоря, что он болен, что он поправится, что он будет думать иначе и т. д. Музыку меланхолики переносит часто дурно, она усиливает у них тоску.

Если больной страдает резко выраженной формой меланхолии, то здесь не уместны никакие развлечения в виде посещения театров, путешествий; если иногда меланхолику и дается кем-нибудь ошибочный совет развлекаться, если родные или знакомые начинают приводить это в исполнение, то вскоре и обнаруживается, что больному становится хуже, что тоска от излишних развлечений не только не стала меньше, но, наоборот, даже усилилась. Такие примеры неудачного развлечения меланхоликов встречаются в жизни нередко. К сожалению, иной раз являются виновниками этого и врачи, неспециалисты психиатры. Вероятно, вам понятно теперь, что если у больного тоска, тревога, может быть, дремлющая еще где-то глубоко мысли о самоубийстве, то советовать ему, напр., прокатиться летом на пароходе по Волге ни в каком случай нельзя; такая прогулка истощит его еще больше, усилит тоску, кроме того, едва ли удобно это при наклонности его к самоубийству и к так назыв. меланхолическим порывам, ибо, путешествуя на пароходе, он имеет значительно больше средств покончить с собою, чем даже в простой домашней обстановке. Почему же развлечения, поездки, театры и пр. не прогоняют тоски у меланхолика, почему больному становится даже хуже? В самом деле, вы знаете, что при меланхолии можно говорите о малокровии головного мозга, об остром истощении нервной энергии; для восстановления угнетенной душевной деятельности головному мозгу и всему организму нужен отдых и покой, а отнюдь не развлечения. Как нельзя человеку, страдающему, напр., невралгией седалищного нерва, советовать упражнять гимнастикой свою больную ногу, так нельзя рекомендовать устранить душевную невралгию меланхолика усиленными развлечениями; в том и другом случае получаются одинаково плохие результаты. Как нецелесообразно больному, страдающему острым катаром желудка, советовать побольше вводить пищи в желудок, точно также не следует меланхолику рекомендовать получать побольше всяких разнообразных впечатлений; результаты там и здесь получатся неутешительные.

При тяжелых формах тоски нужно устраните больного от излишних впечатлений, чтобы дате отдых его нервной системе. Но этого мало; вы знаете, что больной особенно чувствителен, односторонне чувствителен к неприятным впечатлениям, особенно находящим тот или иной отклик в его мрачных мыслях. Для того, чтобы создать

правильное лечение для меланхолика, необходимо, чтобы он находился, между прочим, при соответствующей психической гигиене, которая имеет не меньшее значение, чем чистый воздух и питательная пища. Напр., вы знаете, что некоторые из меланхоликов стремятся покончить с собой; иногда к врачу привозят больного, недавно вынутого из петли, только что отравившегося и пр. Разговаривать о самоубийстве с больным не следует обыкновенно; и если это нужно врачу, то приходится быть тут крайне осторожным, щепетильным, деликатным, чтобы не причините больному лишних мучений при напоминании о событии, может быть, для него самом тягостном и мучительном. Разговаривать с больным, страдающим меланхолией, о самоубийствах, вообще, ни в каком случае не следует никому из окружающих. Даже больше; если вы даете меланхолику газету, напр., то должны убедиться, что в ней не описывается каких-нибудь случаев самоубийства. Замечательно, что меланхолик, читая газету, больше всего останавливает свое внимание часто, главным образом, на том кто умер, кто покончил с собой; а такие впечатления западают в его душу особенно глубоко, давая толчок к каким-нибудь комбинациям о способе покончить с собою. Нежелательно, чтобы меланхолик мог знакомиться из газет с печальными фактами из жизни психиатрических заведений. То, что сказано было мною только что относительно газет, следует применять и, вообще, к чтению которое предлагается больным, к чтению книг. Нельзя давать меланхоликам читать рассказы, повести и т. д., где описываются меланхолики, где идет речь о самоубийстве, ибо чтение с таким содержанием будет противоречить принципам той душевной гигиены, о которой мы говорили выше. И все окружающие, с своей стороны, должны руководствоваться тем же, особенно в своих разговорах с больными. Весьма часто меланхолику, помещенному в больницу или лечебницу, лучше до поры до времени советовать не видаться с родными; замечено, что свидания с близкими, разговоры о том, что дорого больному, волнуют его, усиливают тоску, ухудшают сон, делают более интенсивными стремления покончите с собою. Иногда вы увидите, что меланхолик постоянно просит о свидании, просится сам домой, умоляет об этом; а когда его желание исполнено, то часто это вовсе не успокаивает его; наоборот, его состояние от этого ухудшается. И в этом отношении приходится руководствоваться теми же принципами душевной гигиены, обсуждая каждый раз вопрос о том, полезно ли и можно ли меланхолику повидаться с родными или с

близкими знакомыми, не будет ли ему от этого хуже: не без значения остается также, конечно, и то обстоятельство, что за люди родные больного, насколько они тактичны, сдержанны, понимают ли они состояние своего больного, не повредят ли они ему своими разговорами, рассказами о событиях, о которых с меланхоликом не следует вовсе говорить.

Если в семье меланхолика случилось какое-нибудь печальное событие, несчастье, то должен возникать вопрос, когда сказать об этом больному, как и кто сообщит ему об этом. Если тоска остра, если состоите больного тяжелое, если мысли о самоубийстве настойчивы и повелительны, то лучше, если это возможно, до поры до времени не сообщать больному о семейном несчастье; когда ему станет лучше, он правильнее и более здраво воспримет сообщенное печальное событие в его семьи; и он не будет потом недоволен, что вы рассказали ему об этом позднее, чем оно случилось: он поймет, что вы щадили лишь его, жалели его; он даже, можете быть, благодарен будет вам за такое отношение к его положению. Если меланхолик представляет опасность самоубийства, то обыкновенно врач рекомендует поместить больного в специальное заведение; если и в этом последнем возможны несчастные случаи, то дома они чаще; в домашней обстановки меланхолики чаще кончают с собою, чем в больнице. При уходе за больными, наклонными к самоубийству, требуется особенный присмотр, особенное внимание и осторожность; эта наклонность у разных больных выражается различно, притом в неодинаковой степени. Чтобы не дать меланхолику покончите с собою, чтобы уберечь его от самоубийства, необходимо, чтобы всегда, и днем, и ночью, он был на глазах у кого-нибудь. Существует ряд мер предосторожности, которыми пользуются при уходе за меланхоликами, и об этом сегодня здесь я не буду говорить, ибо это дело сложное и завело бы нас далеко.

Как вы знаете, меланхолики худеют, плохо бдят, иногда отказываются от пищи. Как поступить в каждом отдельном случае? Это бывает различно и зависит от того, как и в чем выражается отказ от пищи.

Меланхоликам назначаются, если нет особенных физических болезней, теплые ванны; им даются, для уменьшения тоски, наркотические средства, напр., codeinum, препараты опия, морфий. С

бессонницей приходится бороться лишь временными назначениями снотворных; борьба с запорами ведется по общим правилам.

В нашей сегодняшней беседе я остановился преимущественно на психическом воздействии на меланхоликов, на психотерапии, понимаемой в широком смысле этого слова.

Лечение фармацевтическое является лишь симптоматическим, т. е. оно применяется для устранения определенных расстройств; одних наркотических средств без правильной постановки душевной гигиены недостаточно; и можно сказать, что при меланхолии не психотерапия должна дополнять действие успокоительных аптечных средств, а обратно: эти последние должны служить дополнением к психической терапии или психотерапии

Лекция четвертая

Больной, И. В. А., 28 лет, уроженец Тобольской губернии. Он был призван из запаса вскоре после того, как началась русско-японская война. Он говорит, что прежде он пользовался хорошим здоровьем, имел веселый характер. Так как у него сохранилось во время болезни ясное сознание, он может рассказать о себе, о своей прошлой жизни, о том, что было с ним в течение болезни. Ему приходилось участвовать в двух боях: под Ляояном и под Мукденом. После Мукденского боя он перенес какое-то лихорадочное (?) заболевание, сопровождавшееся кратковременным расстройством сознания. Когда он оправился от физической болезни, он почувствовал вскоре сильную тоску, которая длится до сих пор. Кроме того, он жалуется на то, что его беспокоят боли в области живота. Находясь в здешней лечебнице, он все время выглядит угнетенным, подавленным; он высказывает однообразно-монотонные жалобы на то, что у него болит живот и что у него сильная тоска. Он часто лежит в постели, мало разговаривает с окружающими. При объективном исследовании живота не обнаруживается заметных уклонений со стороны какого-либо из органов данной области. Поэтому, надо думать, что эти ощущения, которые его беспокоят, относятся к категории ипохондрических ощущений. Об отправлении кишечника

больной усиленно заботится; он просите помочь ему в этом отношении, настаивает на клизмах; между тем, напр., в настоящее время (27/XI 1905 г.) нельзя сказать, чтобы живот у него был вздут. Итак, в данном случае вы констатируете два ряда симптомов:

1) постоянное тоскливое состояние, длительное, сопровождающееся заметным угнетением и малою подвижностью, и

2) жалобы на болевые ощущения в области живота, не соответствующие страданию какого-либо из органов, расположенных в данной области.

Судя по словам больного, такое состояние у него развилось в первый раз в жизни. Данный случай относится, мне думается, к категории ипохондрической меланхолии; эта последняя у солдат выражается, по-видимому, в своеобразной форме: угнетение и однообразные жалобы на боли в какой-либо определенной области. Об этом нам придется говорить несколько позднее. Отмечу, что у меня получалось впечатление, что ипохондрическая меланхолия в такой форме, как у нашего больного, наблюдается преимущественно у нижних чинов, призванных из запаса и участвовавших в сражении.

Теперь будем продолжать нашу беседу об уходе за меланхоликами.

В прошлый раз, беседуя с вами по поводу ухода за меланхоликами и лечения их, мы убедились в том, какую важную роль должна играть здесь психическая терапия или психотерапия, понимаемая в широком смысле этого слова. Теперь остановимся несколько подробнее, руководствуясь опять-таки основными положениями психотерапии, на некоторых более уже практических сторонах ухода за меланхоликами. Как вы знаете, большое значение имеет в этих случаях стремление и наклонность больных покончить с собою; этот симптом, конечно, наблюдается не у всех меланхоликов; но он встречается у них весьма часто, выражаясь то в более резкой степени, то в слабой степени. Некоторые из больных весьма искусно и ловко скрывают свое стремление к самоубийству; эти-то меланхолики и являются наиболее опасными в этом отношении, так как им удается иногда своим поведением и словами заставите окружающих ослабить присмотр и привести в исполнение задуманный план самоубийства. Поэтому прежде всего при уходи за меланхоликами не следует быте очень

доверчивым и не сразу делать вывод, что данный меланхолик не опасен в смысле самоубийства и ничего не сделает с собою. Несчастные случаи, сюда относящиеся, происходят главным образом именно тогда, когда их не ожидают; лучше излишний присмотр, чем неосторожное и преждевременное успокоение самого себя и окружающих, что больной ничего с собой не сделает. Ведь, дело идет о жизни человека; достаточно очень короткого времени, чтобы меланхолик мог насильственно прекратить свое существование. Нас, психиатров, часто родные уверяют, что их больной, страдающий тоской, не решится на самоубийство потому, что он, напр., религиозный человек, что он любит семью и привязан к ней и т. д. Но наблюдение над меланхоликами не подтверждает такого взгляда. Меланхолик, считавшийся прежде глубоко религиозным человеком, в отчаянии, в безысходной тоске или в меланхолическом порыве может выброситься из окна, нанести себе смертельное повреждение, броситься в петлю; считая насильственное прекращение собственной жизни грехом тяжким, меланхолик прибегает к этому потому, напр., что свое существование он считает вредным и губительным для родных и для окружающих, и, следовательно, оно, с его точки зрения, является преступлением также, но, может быть, во много раз более тяжким, чем то преступление; из двух зол он выбирает лишь то, которое считает меньшим. Мать семейства, полагая, что она служит и будет служить для детей и своей семьи источником одного только несчастья и позора, приходит к заключению, что справедливость требует, чтобы она прекратила свою жизнь, гибельную для других. Несомненно, что стремление и наклонность к самоубийству обусловливаются, помимо бредовых идей самообвинения, понижением инстинкта самосохранения, свойственного здоровым людям.

Я уже говорил о том, что от случаев самоубийства не гарантированы и психиатрические заведения; в домашней обстановке эти несчастья встречаются весьма часто. Я вспоминаю сейчас о двух меланхоличках, мне знакомых; обе они лечились одно время в специальном заведении, обе усиленно просились домой. Одна из них, женщина средних лет, страдала резонирующей меланхолией с резко выраженной тоской; она часто говорила о том, что жить не стоит, что своею жизнью она тяготится, что она в тягость мужу и несчастие для ребенка, недавно родившегося. Когда ее взяли из специального заведения домой, тоска у нее была еще в сильной степени; мужа

предупреждали о грозящей опасности и советовали ему быть настороже. Но, к сожалению, предупреждение врачей стушевалось перед тем впечатлением, которое производила больная на родных; будучи дома, она протестовала против того, чтобы с нею в комнате спал кто-либо из окружающих; она очень хорошо говорила о том, что присутствие другого лица мешает ей спать; сначала не соглашались на ее просьбу, но потом протесты ее стали настойчивее, и она стала спать одна в комнате, так как родные были уверены, что требования больной не лишены основания; но это длилось недолго; в одну из ближайших ночей она повесилась в той комнате, где была одна, и нашли лишь один похолодевший труп. Другая больная—пожилая особа, с симптомами скорее старческой меланхолии; когда она была в специальном заведении, за нею приходилось строго и постоянно присматривать, так как замечено было, что стремление к самоубийству у нее очень сильное; временами у нее бывал в весьма характерной форме Raptus melancholicus. Больная усиленно просилась домой. Несмотря на предупреждение врачей, родные решили, что ей будет дома лучше, так как к ним она усиленно просилась. Муж взял на себя труд наблюдать и присматривать за больною ночью; в спальне стояли их две кровати, у каждой по ночному столику. Раз ночью мужу показалось, что где-то раздался какой-то стук; он оглянулся на соседнюю кровать; и сквозь полумрак, бывший тогда в комнате, он убедился, что больная жена спит, и успокоился на этом. Но вдруг прибегают к нему и говорят, что случилось несчастье с больной. Оказалось, что больная ушла через окно и произвела тот стук, который первоначально пробудил мужа; оказалось, что на кровати у себя она оставила ничто вроде наскоро сделанной куклы из чего-то, прикрыв ее одеялом, почему мужу и показалось, что больная на месте и спит. Выйдя из окна, больная, ночью, тотчас же проникла в кабинет мужа, где хранился, почти забытый всеми, старый револьвер; она, никогда не стрелявшая, искусно пустила себе пулю в область сердца и тут же умерла.

Я позволил себе рассказать об этих случаях только потому, что они являются поучительными в практическом отношении и ясно показывают, что печальное событие было здесь результатом непонимания со стороны окружающих состояния больных и уверенности, что их больные ничего не могут сделать с собою. Вот эта-то уверенность, что больной не решится на самоубийство, благодаря

своим религиозным убеждениям или вследствие того, что он привязан к семье и к родным, и является причиной того, что за меланхоликом, находящимся в домашней обстановке, присмотр является недостаточным, и он получает возможность распоряжаться своею жизнью, поддаваясь своим болезненным влечениям. А, ведь, весьма часто больные, стремившееся покончите со своею жизнью, поправляются, выздоравливают сравнительно скоро, возвращаются в свою семью здоровыми, вспоминая о том, что было с ними во время приступа меланхолии, как о ненормальном состоянии. Та меланхоличка, которая застрелилась и о которой я говорил выше, происходила из интеллигентной семьи, имела отношение к литературным кругам общества; вся семья, все знакомые любили ее, так как она обладала прекрасными душевными качествами, родные, привязанные к ней, хотели лечить ее дома, желали, чтобы было ей лучше, стремились успокоить ее но своему плану, мало прониклись советами врачей, основанными на знании того, как и что могут сделать меланхолики, наклонные к самоубийству. Где бы ни приходилось вам иметь дело с меланхоликом, в домашней ли обстановка или в лечебнице, прежде всего у вас должна непременно возникать забота о том, чтобы больной не мог лишить себя жизни; не следует быть доверчивым и не успокаивать себя мыслью, что больной для себя не опасен. Надо помните, что многие меланхолики неохотно высказывают свои мысли о самоубийстве, даже иногда скрывают их, и только попытки покончить с собой обнаруживают в глазах родных и окружающих скрытые намерения больных. Иногда меланхолик даже говорите, что он чувствует себя хорошо, старается быть с виду веселым, улыбается; эту улыбку, это кажущееся спокойное и веселое состояние можно сравните с выражением лица человека, который помирился с мыслью, что через несколько часов кончается его земное существование и что нет другого исхода. За такого рода меланхоликами, которые скрывают и утаивают болезненное стремление к самоубийству, нужен особый, тщательный присмотр и наблюдете. В других случаях, напр., при истерической меланхолии, больная довольно часто и как будто охотно говорит о том, что у нее тоска и нет желания жить, что она готова покончите с собою и ждет для этого удобного момента. Как относиться к такому легкому высказыванию мыслей о самоубийстве? В различных случаях это бывает различно. Иной раз вы приходите к заключению, что, может быть, особой опасности самоубийства в данном случае нет, но надо не

забывать того обстоятельства, что иногда за этою рисовкою истерического происхождения может скрываться настоящая опасность самоубийства; если вы видите, что больная что-нибудь плетет для себя и делает при всех, на глазах у других себе петлю на шею, относясь к этому словно шутливо и деланно, то это не значит еще, что она не может лишить себя жизни, когда останется одна и без присмотра; такая кажущаяся шутливость и как бы игривое отношение к своему положению при меланхолии с истерическими признаками вовсе не гарантирует вас от несчастного случая. Дело в том, что при истерической меланхолии шаловливые поступки, напускное ребячество могут быте в резкой дисгармонии с тягостным душевным настроением и повести к самому печальному происшествию, к самоубийству, если окружающие успокоились на том, что данная больная лишь шутит, но не больше, что она не сделает над собою ничего серьезного.

Когда больной или больная находится под вашим наблюдением, то как нужно вести себя, на что обращать внимание, чтобы избежать возможности самоубийства? Прежде всего необходимо постоянно присматривать за больным, быть около него кому-нибудь из окружающих, не оставлять его одного ни днем, ни ночью. Надо заметите, что при острой тоске, при сильном стремлении к самоубийству ваш присмотр облегчается, когда больной находится в постели. Ведь, действительно, вы согласитесь, вероятно, со мною, что когда он ходит и бродит по разным комнатам, то за ним и труднее присматривать, а постоянное хождение за ним но пятам может быте для него неприятным; да и будучи на ногах, больной имеет больше возможности найти случайно какой-нибудь предмета, которым и нанесет себе повреждение или при помощи которого причините себе вред. Понятно само собою, что если меланхолик, находящийся под вашим наблюдением, будет просить оставить его одного в комнате или будет стремиться закрывать за собою дверь, то вам придется отклонять его желание и стремиться к тому, чтобы он не мог изолироваться в комнате. Кто-нибудь из ухаживающих за больным должен сопровождать его всюду; окружающим меланхолика, лечащегося в домашней обстановка, приходится указывать иногда на то, как бы он не сделал чего-нибудь с собою, напр., в то время, когда идет в клозет, где он имеет возможность притворить дверь на крючок или на задвижку. Я припоминаю такой случай, когда больной, находившийся дома, делал приготовления к

самоубийству в клозете на что пришлось обратить внимание окружающих вовремя.

Когда больной помещен в специальное заведение и пользуется постельным содержанием, то необходимо всегда убеждаться в том, что у него нет ничего такого, чем бы он мог лишить себя жизни. Приходится обращать внимание на массу мелочей, которые имеют, однако, большое значение и игнорирование которых может иногда повести к печальному происшествию. Надо бояться оставлять при больном какие-либо тесемки, шнурки, веревочки, ленточки и пр.; всего этого приходится лишать его. Необходимо знать, напр., имеется ли при больном крестик на шее; если он есть, то вы должны знать, на чем он держится, не на крепкой ли цепочке или не на толстом ли шнурке. Если врач находит, что не следует огорчать больного и что можно оставить ему крестик на шее, то приходится брать для этого что-нибудь весьма легко рвущееся и непрочное; да и самый крестик иногда лучше всего заменять небольшою овально-круглою иконкою. Если больной проглотите крестик, то он может иногда причинить себе вред; если же он проглотите овально-кругловатую иконку, то от этого вреда можно и не опасаться.

Нельзя меланхоличке давать вплетать в косу сколько-нибудь длинный шнурок, которым бы она могла пытаться затягивать себе шею. Длина косы у данной меланхолички также должна вас интересовать, ибо при помощи ее больная может также затягивать шею себе. И когда вы видите больную, лежащую в постели, страдающую меланхолией, с порывами к самоубийству, когда вы видите у нее длинную заплетенную косу, то это должно вас беспокоить, и вам придется всех, кто наблюдает за больной, обращать внимание на то, как бы она не воспользовалась своими волосами, как орудием для прекращения своей жизни.

Надо заботиться далее о том, чтобы ни при белье, ни при платье больных не было нашито сколько-нибудь длинных тесемок, шнурков для завязок, каких-нибудь ремешков и пр., так как всем этим меланхолики могут воспользоваться, чтобы лишить себя жизни. Поэтому белье и платье, даваемое больным, должно быть осмотрено лицом, сознательно относящимся к делу, вас понимающим. Но этого мало, необходимо, чтобы все ухаживающие прониклись тем взглядом,

что всякая тесемка, всякая веревка и пр., случайно попавшаяся в руки меланхолику, могут принести ему вред.

Я не могу перечислить вам здесь всех мелочей, которые надо иметь в виду; я хотел бы указать лишь только на некоторые из них. Теперь, положим, что позаботились обо всем, что касается тесемок, шнурков, веревок и пр.; положим что ничего этого нет у больного; опыт показывает, что и этого мало. Меланхолики, страдающие сильной тоской и стремящиеся прекратить свое существование, для них невыносимо тягостное, оказываются весьма изобретательными; напр., они незаметно для окружающих, иногда весьма искусно, отрывают кромки от простыни, от рубашки, от какого-нибудь белья и т. д., и эти оторванные кусочки подрубленной ткани могут сыграть иногда роковую роль. Поэтому, если вы видите, что край простыни у меланхолика оборван, если вы замечаете, что им сорвана кромка с какого-нибудь белья или плотного одеяла, то это должно привлекать ваше внимание, заставлять вас быть особенно настороже, ибо эти факты имеют дурное предзнаменование, ибо они служат для вас предупреждением; оторванные кромки, тесемки и пр. больной может припрятать, скрыть где-нибудь у себя. Если вы желаете узнать, нет ли при больном чего-либо опасного в этом роде, то что же нужно сделать? Ведь нельзя же обыскивать больного, нельзя показать ему ясно и определенно, что вас больше всего пугает и тревожит? Приходится осматривать постель больного, исследовать ее самым тщательным образом в то время, когда нет его в комнате, когда он гуляет или принимает ванну; и нередко вы находите в постели у него где-нибудь припрятанные веревки, тесемки, оторванные кромки от белья или что-нибудь в этом роде. Вы должны убедиться в том, что в карманах больного также нет ничего такого же; и когда он принимает ванну, то одновременно с исследованием его постели, придется под тем или другим предлогом вынести в другую комнату его платье, чтобы убедиться в том, не припрятано ли здесь чего либо опасного в смысле самоубийства. Понятно само собою, что психотерапевтические приемы требуют того, чтобы исследование постели и платья больного вы производили не на глазах у него, без него; необходимо, чтобы все это было сделано деликатно, осторожно; нельзя вслух при больном говорить об этом, нельзя при больном громко заставлять других делать это; нельзя даже делать грубые и заметные намеки на это. Ведь

меланхолики сохраняют ясное сознание и нередко отличаются наблюдательностью; такт и разумное отношение к делу помогут вам разобраться в каждом таком случае и подскажут, как вы должны поступить, чтобы не оскорбить больного, не принижать его человеческого достоинства, чтобы лишь сделать то, что необходимо в данный момент, что неизбежно. Если вы руководствуетесь основными принципами психотерапии, о которой мы говорили выше, то вы легко найдетесь в каждом отдельном случае и поступите так, как это требуется.

Имея в своем распоряжении тесемку, обрывок веревки, оторванную кромку или что-нибудь в этом роде, больной может делать попытки душить себя, делая это только руками или пользуясь еще, что опаснее, спинкой кровати или перекладинами в ней. Поэтому спинки в кроватях делаются иногда ради меланхоликов сплошными; удобно также, чтобы не привлекать внимания больных, надевать на боковые спинки кровати какие-нибудь чехлы, которые препятствуют больному пользоваться спинками и перекладинами для затягивания петли на шее.

На этом остановим пока нашу сегодняшнюю беседу о практической стороне ухода за меланхоликами. В следующий раз, если вы пожелаете, мы будем продолжать наш прерванный разговор по этому предмету. Если я и позволяю себе обращать ваше внимание на детали в уходе за меланхоликами, то делаю это потому, что здесь дело касается жизни больного, и все то, что кажется мелочью нам, приобретает уже важное значение, ибо игнорирование этих так называемых мелочей приводит иногда к роковым последствиям, т. е. даст больному возможность привести в исполнение план насильственного прекращения собственной жизни. С другой стороны, чем больше вы будете знать подробностей из жизни меланхоликов, тем будет для вас понятнее их сложная психика.

Лекция пятая

Прежде, чем продолжать нашу беседу об уходе за меланхоликами; позвольте мне показать вам больную, находящуюся в домашней обстановке и страдающую ипохондрической меланхолией.

Больная, Н. М. С, 38 лет. Она говорит, что в детстве у нее, после испуга, были какие-то припадки; это было в возрасте от 1 года до 7—8 лет; об этом она знает лишь по рассказам матери. Позднее она стала страдать мигренью. Больная говорит, что по характеру она всегда была человеком мнительным и легко волновалась по поводу своего случайного нездоровья; но она всегда могла заниматься делом, была в состоянии хорошо работать. Она считает себя нездоровой с августа 1904 года, когда обратила внимание на то, что с правой стороны на языке у нее имеется какой-то нарост или “бородавка”, как она выражается. Она видела этот нарост прежде у себя, она заметила его лет 20 тому назад, но все это время не придавала ему значения; тут же она стала плакать, волноваться по этому поводу; стала ходить к врачам, то к одному, то к другому. Кто-то в аптеке посоветовал ей смазывать язык ляписом; она стала делать это, делала усердно, пользуясь палочкой ляписа; благодаря неосторожности, она произвела себе ожоги; язык у нее разболелся, принялась его лечить. Она рассказывает о том, что кто-то из врачей, видевших ее, выразил другому лицу, но в ее присутствии, что у нее раковое поражение; она так испугалась и заволновалась, что тут же упала; она до этого находилась в дурном настроении, а тут тоска у нее очень усилилась, она стала все думать о том, что у нее рак; никакие разуверения не могли успокоить ее. За время болезни она часто плакала, похудела; раз в течение 5 месяцев у нее не было menstrua. Хотя ожоги на языке от ляписа прошли, но тоска оставалась; иногда больная доходила прямо до отчаяния и готова была покончить с собою. Дома она часто осматривает свой язык и горло в зеркало; она стесняется окружающих и производит это исследование украдкой; она заводила себе маленькие зеркала, носила их при себе, чтобы в удобный момент посмотреть на свой язык. Но этого для нее было мало; у кого-то из знакомых она, малограмотная крестьянка, достала учебник анатомии человеческого тела и изучала строение языка и горла; она пошла и дальше этого; она, украдкой от окружающих, покупала себе телячью или баранью голову и изучала по своим препаратам наружный вид языка и горла, полагая вполне основательно, что между этими органами человека и у упомянутых животных должно быть сходство. Изучение строения языка ее как будто немного успокоило; она лично убедилась в том, что около языка расположено много нормальных железок, которые она принимала за раковые узелки. Однако она и теперь боится, что у нее рак, думая, что врачи только успокаивают ее и боятся сказать ей об этом, чтобы не

расстроить ее. Она обращалась к хирургам и к другим специалистам; когда врач посмотрит ее язык и скажет, что все у нее зажило и ему нечего лечить, она поймет это в таком смысле, что ее болезнь неизлечима и врачи от нее отказываются. Кто-то из многочисленных врачей, к которым она обращалась, спросил ее случайно, не бывает ли у нее неприятных ощущений в голове, она подумала, что он предполагает, что у нее рак, при котором, по ее предположению, бывают как раз такие же ощущения, как и у нее. И в настоящее время (30/XI 1905 г.) она часто испытывает сильную тоску, доходящую до отчаяния, она и теперь продолжает бояться, что у нее рак языка, идущий уже в горло; иной раз она не рада жизни; физическое состояние ее не поправляется, она довольно худа, бледна.

В данном случай мы имеем типическую картину ипохондрической меланхолии; тоскливое состояние началось с августа 1904 года и с этого времени ипохондрические мысли стали одолевать ее, и она не могла с ними справляться. До этого же она могла работать и заниматься делом, будучи человеком просто мнительным и нервным.

В последний раз мы говорили с вами о том, каким образом и чем меланхолики, стремящиеся к самоубийству, пользуются, чтобы покончите с собою при помощи задушения. Теперь рассмотрим последовательно ряд других способов, к которым нередко прибегают меланхолики, чтобы нанести себе вред. Остановимся на острых, колющих и режущих предметах. Вам, конечно, понятно, что оставлять меланхолику, напр., перочинный нож нельзя; не следует давать такие предметы не только меланхолику, но и больным, помещающимся с ним в одном помещении. Когда меланхоличка несколько оправляется, начинает работать, то может возникать вопрос о том, не дать ли ей какую-нибудь работу, рукоделие, особенно если у нее есть в этом потребность. Какую бы работу вы ни дали ей, окружающие должны прежде всего видеть, как и что делает больная. Если она вяжет крючком, то надо наблюдать за тем, чтобы она не связала себе петли из материала, имеющегося в ее распоряжении. Врачу приходится обращать внимание на такие мелочи, как крючок, которым больная будет вязать; наиболее опасным меланхоличкам удобнее иногда давать деревянный крючок сначала, а позднее, когда опасности будет меньше, можно будет дать и металлический крючок. Понятно само собою, что вещи, данный меланхоличке для вязания, нужно взять у нее, когда она не работает;

они не должны оставаться у нее ни в каком случай ночью. Замечено, что иногда меланхолички металлическим крючком для вязания наносят себе повреждения на коже, пробуют расцарапывать себе определенные места на теле. Опаснее давать больным с резкою наклонностью к самоубийству иголки для шитья; иголку больной легче спрятать от наблюдающего лица: легче ей сказать, что она иголку потеряла и не знает, где она. Поэтому давать шитье меланхоличкам опаснее, чем вязание крючком, особенно деревянным. Не говоря о том, что иголкой меланхоличка может пользоваться для нанесения себе наружных повреждений, что, однако, не имеет особой опасности, она иной раз может попытаться проглотить, если не, всю иголку, то небольшой острый обломок ее; а это уже является опасным для жизни, даже может повести к смертельному исходу, если, напр., иголка проникнет в такой большой сосуд, как аорта. Как опасны для больных иголки, точно также опасны для них и булавки; поэтому нельзя давать меланхоличкам, стремящимся к самоубийству, булавок, так как и ими они могут восполезоваться для того, чтобы причинить себе вред. Мало того, чти вы сами не даете больным острых режущих и колющих предметов, надо, чтобы и другие лица, окружающие больного, прониклись убеждением и понимали, что такие предметы больному опасны. Приходится обращать внимание на то, чтобы сиделка, наблюдающая за опасной в смысле самоубийства меланхоличкой, занималась такою работой, которая не мешает ей присматривать за больной; заниматься сиделке шитьем с иголками и ножницами при такой опасной больной неудобно. Необходимо стремиться к тому, чтобы окружающее спрашивали врача, можно ли дать меланхоличка работу и если можно, то какую; необходимо, чтобы назначение работы для нее определялось лицом, понимающим психическое состоите больного. Все лица, окружающие меланхоликов, должны быть особенно строги и щепетильны по отношению к острым предметам. Напр., врач, являющейся в помещение для больных, где есть меланхолики, с какими-нибудь опасными для них инструментами, должен заботиться о том, чтобы инструменты были или при нем, или близ него, или под присмотром надежного человека; а то может случиться, что скальпелем, принесенным для вскрытия нарыва, меланхолик может воспользоваться для своей цели и нанести себе опасное повреждение. Нельзя иметь на видном месте, при уходе за меланхоликами, воткнутые в свое платье иголки, булавки и пр., ибо они могут быть незаметно вынуты больными или больные могут их найти

на полу, когда вы эти вещи случайно потеряете. Для устранения лишней опасности случайного попадания этих предметов в руки меланхоликов приходится советовать окружающим пользоваться английскими булавками.

Бывают случаи, что меланхолики наносят себе повреждения кусочками стекол. Некоторые из больных, страдающих исторической меланхолией, имеют наклонность глотать очень мелкие кусочки разбитых стекол; и я не помню, чтобы больные, стремившиеся глотать мелкие обломки стекол, причиняли себе серьезный повреждения, если не считать скоро заживающих порезов во рту. Но меланхолик, имеющий в своем распоряжении осколок стекла может, при помощи его, порезать себе кровеносный сосуд и сделать, таким образом, опасное кровопускание. Я знал одну меланхоличку, которая в области предплечья порезала заранее приготовленным стеклом один из сосудов, поверхностно лежащих, причем потеряла много крови; она могла бы тут же умереть, если бы вовремя не заметили у нее кровотечения, которого ей не удалось скрыть. Поэтому, там, где гуляет больной, не должно быть осколков стекла на дорожках, и приходится сначала осмотреть дорожки, прежде чем предлагать больному гулять; иной же раз трудно удалить все осколки стекла или можно их не заметите где-нибудь, и тогда больного, стремящегося собирать и отыскивать стекла, нужно кому-нибудь сопровождать, что называется, по пятам или ходите с ним под руку, не давая возможности ему нагибаться к земле.

То, что изложено выше по поводу того, как опасны бывают иногда для меланхоликов иголки, булавки, осколки стекол и т. д., то же нужно сказать и о мелких и более крупных гвоздях, обломках железа и пр.; нужно опасаться, чтобы и такие предметы не попали как-нибудь в руки меланхоликам, которые так изобретательны иногда в своих способах причинить себе повреждение и так настойчивы нередко в своем стремлении прекратить во чтобы то ни стало свое существование.

Нередко меланхолики прибегают, с целью самоуничтожения к различным ядовитым веществам; напр., привозят к вам больного, сделавшего попытку отравиться нашатырным спиртом или уксусной эссенцией; надо заметить, что этими средствами отравления пользуются меланхолики сравнительно часто; жизнь некоторых из них удается иногда спасти, и они отделываются лишь неприятными и

мучительными ожогами во рту, в глотке, в пищеводе, в желудке. Меланхолик может воспользоваться любым ядовитым веществом, если оно имеется в его распоряжении. Если врач прописал больному в растворе значительное количество мышьяка, то меланхолик, имея в руках это средство, назначенное ему неосторожно врачом, может сделать попытку отравиться мышьяком. Вообще, если приходится назначать лекарство больному, страдающему меланхолией и лечащемуся в домашней обстановке, то следует предупреждать окружающих и родных поступать так, чтобы прописанные лекарства, особенно сколько-нибудь ядовитые не были в распоряжении больных. Горький опыт показывает, как легко меланхолик прибегает к приемам огромных доз, сразу, назначенного ему лекарства, с целью причините себе вред. Врач, пользующейся растворами сулемы для хирургических целей, в присутствии меланхолика, наклонного к самоубийству, должен быть особенно осторожен с этим средством; здесь нужна такая же осмотрительность и осторожность, как и при обращении со скальпелем вблизи меланхолика или в присутствии меланхолика. Когда вы приносите в помещение психически больных с какою-либо целью раствор сулемы, необходимый вам для перевязки напр., вам самим необходимо держать и беречь при себе его или поручить хранить человеку надежному, на которого вы можете положиться; так как меланхолик отличается большою наблюдательностью, то он легко может восполезоваться вашею неосторожностью, схватите раствор сулемы и выпить быстро его. Больной такого рода пользуется, неожиданно для окружающих, всем, что случайно окажется около для него из ядовитых веществ. Напр., вставляются в доме вторые рамы на зиму и приготовляют склянки с серной кислотой для помещения их между рамами; а меланхолик, находящейся тут же, может быстро сообразить, что в склянках ядовитое вещество, при помощи которого он может покончить со своим существованием.

Я не могу, конечно, перечислите вам все способы, к каким прибегают меланхолики с целью самоотравления; эти способы весьма разнообразны, ибо больные очень изобретательны в этом отношении. Остановлюсь еще вкратце на том, в какой форме удобнее прописывать лекарства больным, страдающим меланхолией, и как их давать им. Наблюдение показывает, что это имеет значение и далеко не всегда безразлично. Я припоминаю два случая, поучительных в этом

отношении. Напр., я знал одного больного, страдающего резонирующей формой меланхолии, у которого временами дело доходило до отчаяния и до желания прекратить свое существование; одно время ему были назначены облатки с кокаином; больной был человек интеллигентный и каким-то образом, благодаря неосторожности кого-то из окружающих, узнал, что ему дается кокаин; он сейчас же сообразил, что имея кокаин в сколько-нибудь значительном количестве, он может им отравиться; и вот, когда давали ему облатку, он брал ее в рот; ему предлагали запить ее водой, он проглатывал воду; получалось впечатление, что он принял облатку. На самом же деле он искусно и ловко оставлял ее за щекою и проглатывал одну воду. Когда от него отходили, он незаметно для других вынимал облатку с кокаином изо рта; так он делал в течение нескольких дней; причем, у него оказался запас кокаина в значительном количестве. К счастью, было обнаружено это, и кокаина больной вовремя лишился. То же самое может сделать больной и с пилюлями, если он узнает, что он принимает такое средство, которое может быть ядовитым в большом количестве. Поэтому, для избежания неприятных инцидентов, подобных только что приведенному, меланхоликам, стремящимся к самоубийству, лучше не прописывать фармацевтических средств ни в пилюлях, ни в облатках, если это, конечно, возможно; а если вам придется давать такому больному облатки или пилюли, то надо обращать внимание на то, действительно ли он принимает лекарство и не собирает ли его. Еще я вспоминаю сейчас об одной меланхолички, которую мне приходилось видеть; одно время она лечилась в одной из провинциальных психиатрических больниц, где ей был назначен морфий в порошках. Больная происходила из интеллигентной семьи и узнала от кого-то из словоохотливых лиц о том, что именно она принимает. Надзирательница приносила ей порошок морфия, оставляла при ней на столе, просила ее принять, на что больная давала охотно свое согласие; а затем, когда справлялись, принимала ли она лекарство, она отвечала утвердительно; у надзирательницы по-видимому, не являлось и сомнения что больная собирает порошки и не принимает их. В результате оказалось, что больная собрала значительное количество порошков морфия и сразу приняла их, чтобы покончите с собою; у нее появились признаки отравления; а так как дело было в больнице, то больную удалось спасти. Чтобы избежать таких неприятных случаев, необходимо заранее разводите назначенное больному лекарство и его подавать ему в стаканчике; тогда, если он не согласен принять его

сейчас, вы не рискуете тем, что он сохранит и накопит его; самое большее, что может случиться, это—то, что он не примет лекарства и куда-нибудь его выльет. Эти случаи поучительны в практическом отношении и ясно указывают, насколько изобретательны бывают меланхолики в достижении своих целей насильственного прекращения собственной жизни и как искусно они пользуются оплошностью и неосторожностью окружающих.

Больные, страдающие меланхолией, могут, если представляется удобный случай, постараться сжечь себя, когда в их распоряжении имеются соответствующие средства для этого. Иной раз у них может, под влиянием отчаяния, явиться желание обвариться горячей водой; они иногда делают попытки выпить кипящей воды и причиняют себе неприятные ожоги.

Если представляется удобный случай, меланхолик в состоянии броситься с высоты, чтобы расшибиться и этим прекратить свое существование. Сходя с лестницы, предоставленный самому себе, он может неожиданно для окружающих броситься со всего размаха вниз, чтобы причините себе серьезное физическое повреждение. Поэтому, когда такой меланхолик идет, напр., на прогулку со второго этажа, то в специальных заведениях его не только провожают, но и придерживают его под руку или как-нибудь иначе, чтобы он не мог броситься с каменной или железной лестницы и нанести себе повреждение этим способом. Понятно, что меланхолик, находящейся в отчаянии, может делать попытки ударяться головою обо что-нибудь твердое или об угол стола, подоконника. Надо знать, что меланхолик может выброситься из окна; оставаясь без присмотра или получив свободу, он может броситься под поезд, под вагон трамвая и т. д.

Меланхолики, стремящееся к самоубийству, прибегают, с целью прекращения своей жизни, к тому, что бросаются в воду. Опыт показывает, что некоторые из больных этого рода делают попытки даже утопиться в ванне, если за ними недостаточный присмотр. Поэтому, когда меланхолику со стремлением к самоубийству делается ванна, то присмотр за ним должен быть поручен опытному и понимающему человеку; нельзя в это время отходить от больного; нужно смотреть за

ним тщательнее и беречь его, так как он и в ванне может захлебнуться и причинить себе вред.

На этом я закончу перечисление того длинного ряда способов, которыми меланхолики пользуются для прекращения своего тягостного существования; я не задавался целью упомянуть здесь обо всем; это не входит в мою задачу; но я полагаю, что и того, о чем я говорил, достаточно вполне для уяснения психического состояния больных; а об этом состоянии несомненно, мы можем судить отчасти по их поведению. Если меланхолик решается иногда на самые страшные средства самоуничтожения, сопровождающиеся нередко ужасными физическими страданиями, то это указывает лишь на то, насколько бывает ему мучительно и невыносимо тягостно.

Прежде чем закончите нашу беседу об уходе за меланхоликами, я хотел бы остановиться вкратце на некоторых сторонах этого сложного дела. Напр., вы знаете, что большая часть меланхоликов чувствует себя хуже утром, в ранние утренние часы, нежели днем и вечером пред сном; это обстоятельство заставляет усиливать надзор особенно в это время. С другой стороны, лица, несущие дежурство около меланхолика, легче всего могут задремать как раз именно в это время. Если можно утверждать, что опасность от самоубийства несколько больше утром, то это не значит еще, что в остальные часы можно быть более спокойным за больного; случаи самоубийства бывают в различное время. То, что называется Raptus melancholicus, может быть и днем; а в таком состоянии больной может, напр., неожиданно выброситься из окна. Кстати скажем о том, что делать с больным, когда у него развивается Raptus melancholicus. Если больной почему-либо не пользовался пред этим постельным содержанием, то необходимо поспешить уложить его в постель, быстро раздеть или расстегнуть ворот, одежду на груди, чтобы она не стесняла дыхания; и главное—нельзя отходить от него, надо быть близко около него кому-нибудь из окружающих; если не давали ему пред этим никакого наркотического, то желательно тут именно дать ему известную дозу опия, или морфия, или кодеина.

Как вы знаете, меланхолики часто мало едят, сильно худеют; приходится ухаживающим за больными обращать тщательное внимание на то, как и что едят больные, что употребляют в пищу они охотнее, какие блюда и т. д. Редко у меланхоликов доходит дело до

полного отказа от пищи и до насильственного кормления чрез зонд. Обыкновенно окружающим удается так или иначе уговорить больного что-нибудь съесть; тут не без влияния остаются те психотерапевтические приемы, о которых мы говорили выше; меланхолик отказывающийся от пищи, видя ваше доброе, ласковое и внимательное отношение, может уступить иногда вашим уговорам, не желая вас огорчить, не желая делать вам неприятности. Личный такт и умение помогают здесь больше всяких разъяснений, в чем вы убедитесь лично, когда будете иметь дело с такими больными.

Среди меланхоликов, особенно среди меланхоличек вы будете встречать своеобразный тип ажитированных больных; эти последние постоянно стонут, причитают, ходят, как маятник, из угла в угол, иногда они прямо-таки бегают мелкими шагами однообразно взад и вперед, по определенному направлению; они ломают обе руки, хватаются за голову, повторяя одни и те же упреки себе; часто эти больные едят на ходу и лишь не надолго присаживаются к столу, чтобы начать затем свое беспрерывное бегание. Туфли на больных этого рода быстро разваливаются, они быстро, напр., в день, совсем изнашивают чулки; у них на ногах появляются мозоли, которым постоянное бегание мешает подживать. Таким больным трудно сидеть, им трудно лежать; они могут оставаться иной раз в постели только тогда, когда спят или дремлют; а просыпаясь, начинают сейчас же бегать, причитать и вслух сокрушаться о своем положении. Так как им трудно лежать в постели, то можно не настаивать, чтобы они лежали во что бы то ни стало, ибо это будет увеличивать их страдания. Надо стремиться, конечно, так или иначе склонить больных посидеть; тут приходится пользоваться всяким моментом для этого; напр., делая больному теплые ножные ванны для усталых и покрытых мозолями ног, вы можете продлить их несколько, если, конечно, больной усидит и не станет бегать; иной раз удается упросить больного посидеть с вами несколько минут, но это бывает не часто и не всегда.

Говоря об уходе за меланхоликами, я нарочно остановился на этом несколько подробнее; уход за этими больными, обладающими ясным сознанием, наблюдательными, опасными в смысле самоубийства, столе разнообразными по своим индивидуальным проявлениям, уход за ними

весьма сложен, в общем, и требует большой осторожности, вдумчивости, внимательности, способности ручаться вникать в мелочи текущей жизни больного, в мелочи, имеющие, однако, такое важное значение, так как игнорировать их может повести, как мы видели, к печальному результату. При уходе за меланхоликами огромную роль играет психическая терапия или психотерапия, понимаемая в таком широком смысле этого слова, как мы говорили выше. Если вы умеете понимать меланхоликов, если вы научились ухаживать за ними, то это облегчает вам обращение с другими больными, часто менее сложными по своим психическим проявлениям. Вот почему я позволил себе так долго утруждать ваше внимание изложением ухода за, меланхоликами и сравнительно долго останавливаться на деталях этого ухода. С другой стороны, чем больше вы будете знакомы с различными болезненными проявлениями, наблюдаемыми у меланхоликов, тем яснее будет для вас их психическое состояние, тем целесообразнее и правильнее будет ваш уход за ними, тем полезнее будет ваша деятельность при них, а следовательно, правильнее будет лечение больного.

Лекция шестая

Для сравнения с больной, которую вы видели в последний раз, страдающей ипохондрической меланхолией, я хотел бы демонстрировать вам сегодня одного больного из здешнего лазарета с тою же формою душевного расстройства.

Это больной, средних лет, татарин одной из приволжских губерний, призванный из запаса и отправленный на Дальний Восток, где ему, однако, не приходилось участвовать в сражениях. Он находится в угнетенном состоянии, подавлен, выражение лица у него грустное; он отвечает правильно на предлагаемые вопросы, но не разговорчив; он молчалив, малоподвижен. Когда вы спрашиваете его о том, на что он может пожаловаться, он говорит, что у него скука, тоска. Кроме того, он постоянно жалуется в однообразных, и монотонных выражениях на то, что он испытывает неприятные и болевые ощущения в голове, в ушах, в груди, в животе. Если сидеть с ним и ни о чем его не расспрашивать, он будет молчать или лишь выскажет коротко какую-нибудь жалобу по поводу своего нездоровья. Судя до его словам, он заболел, теперь с осени

1905 года; такое состояние у него, по-видимому, в первый раз. Было раза два прежде, что в течение недели он испытывал неприятные ощущения в голове; но угнетения и тоски у него как будто не было.

Если вы сравните больную, которую я вам показывал, се этим больным, то заметите огромную разницу во внешних проявлениях душевного расстройства там и здесь, о чем речь будет ниже.

Сегодня мне хотелось бы сделать общий обзор тех форм меланхолии, которые наблюдались нами в этом лазарете. Я имел возможность показать вам здесь нескольких меланхоликов; мы видели вместе 1 случай меланхолии с резко выраженными навязчивыми психическими процессами, 1 случай алкогольной меланхолии, 1 случай меланхолии с бредом и с галлюцинациями, 1 случай меланхолии с легким ступорозным состоянием или с легким оцепенением, не считая случаев ипохондрической меланхолии. Кроме того, здесь наблюдался еще один случай резонирующей меланхолии и два типических случая ипохондрической меланхолии; последние три больные выбыли из лазарета домой, из них два, страдающие ипохондрической меланхолией, вышли отсюда в сравнительно хорошем состоянии. Есть еще один больной, представлявший признаки ипохондрической меланхолии, но он в настоящее время не очень разговорчив и неудобен для демонстрации здесь. Хотя в этом лазарете было меланхоликов не очень значительное число, но, однако, у меня получились определенные впечатления от картины меланхолии у нижних военных чинов.

Позвольте мне сделать некоторое отступление и познакомить вас с тем, что известно из литературы о душевных расстройствах у солдата. Д-р Щеглов несколько лет тому назад обратил внимание на то, что душевные заболевания у солдат представляются, в общем, нетипичными; д-р Шайкевич подтверждает основной взгляд своего товарища Щеглов и приходит к заключению, что среди нижних военных чинов встречается много случаев, где у больных наблюдается депрессивное, т. е. угнетенное состояние, к которому присоединяется еще и состояние оцепенения, т. е. ступорозное. Д-р Шайкевич, для обозначения этих своеобразных психозов у солдат, употребляет название “депрессивно- ступорозный психоз”. Мне уже приходилось говорить на конференции, имевшей здесь место пред началом наших

занятий, о том, что термин “депрессивно-ступорозный психоз” может вводить в заблуждение и является собирательным названием; все формы, которые обозначаются этим именем, нужно распределите по клиническим группам, уже хорошо известным. Однако я вполне разделяю взгляд военных врачей, что среди душевнобольных солдат встречается весьма много случаев, где наблюдается депрессивное, т. е. угнетенное состояние. Мне, как врачу, имеющему дело с больными невоенными, бросается в глаза то обстоятельство, что среди здешних больных у многих отмечается угнетенное состояние. И среди этих больных с депрессивным состоянием на первом месте надо поставите меланхоликов, большую часть которых мы видели здесь вместе с вами. Не знаю, случайно или нет, но пока нам встречались тут главным образом не самые типические случаи меланхолии; в самом деле, мы видели и меланхолии с навязчивыми мыслями, и алкогольную меланхолию, и меланхолии с бредом самообвинения в половых преступлениях, и резонирующую меланхолию; но типической картины меланхолии или меланхолической дистимии мы не встречали здесь. Теперь мы подошли к ближайшей задаче нашей сегодняшней беседы, именно к ипохондрической меланхолии. Случаев этого рода здесь было все-таки больше, чем других видов меланхолии; мы наблюдали 5 случаев ипохондрической меланхолии. Таким образом, необходимо подчеркнуть, по-видимому, тот факт, что среди солдат, лечившихся в этом лазарете, у которых были различные формы меланхолии, преобладали случаи ипохондрической меланхолии. Но этого мало. Ипохондрическая меланхолия у больных, здесь наблюдавшихся, отличалась от обычной типической ипохондрической меланхолии, которую приходится видеть у лиц невоенных. Сравните, напр., больного солдата, страдающего ипохондрической меланхолией, с больной, виденной вами в прошлый раз. Мне думается, что у той больной и у этих больных одна и та же форма меланхолии, но там и здесь проявления болезни не вполне одинаковы. Та больная, в общем, охотно и много говорит о своем состоянии, она рада побеседовать с вами о своем здоровье, о том, что ее беспокоит; она оживляется, когда с нею ведут речь о том, что ее волнует; она подробно и обстоятельно описывает свои ощущения, ощущения разнообразные в языке, в горле, в груди, в голове и т. д. Эти же больные мало разговорчивы, находятся в угнетенном состоянии; они кратко отвечают на предлагаемые вопросы, активности в разговоре не проявляют; их жалобы монотонны, однообразны,

стереотипны до некоторой степени. Та больная отличается подвижностью, активностью, предприимчивостью; напр., вы помните, что она—простая женщина, крестьянка, жена мелкого столяра; а между тем она, желая изучить строение языка и горла, достала учебник по анатомии человеческого тела и читала эту книгу; она покупала баранью и телячью головы, изучала интересующую ее часть анатомии по своим препаратам. У этих больных отмечается, наоборот, однообразное поведение, однообразные разговоры, однообразные жалобы, и больные высказывают их как-то не очень охотно, совсем не так, как та больная. Вы, пожалуй, скажете, что дело зависит от того, что эти больные находятся в лечебнице, а та больная на свободе. Но едва ли разницею в окружающей обстановке можно объяснить такой признак, как подвижность и активность при ипохондрической меланхолии. Когда приходится вам наблюдать больного, страдающего обычно ипохондрической меланхолией, в больничной обстановке, вы видите, что он охотно и много говорит о своих воображаемых физических страданиях, он старается убедить врача, чтобы тот серьезнее отнесся к его положению; больной подолгу задерживает своими рассказами и разговорами врачей, окружающих, ухаживающих лиц. Одною обстановкою нельзя объяснить того, почему при ипохондрической меланхолии у солдат наблюдается монотонная картина, а при ипохондрической меланхолии: у больных иных общественных положений отмечается иная картина. В самом деле, у здешних больных жалобы, в общем, как мы говорили выше, однообразны; напр. больной жалуется на то, что у него болит живот; об этом одном он говорит вам сегодня, завтра, послезавтра; об этом он говорил вам вчера, третьего дня; все одно и то же; в построении ипохондрических мыслей больной проявляет поразительно мало творчества; болевые и тягостный для него ощущения он связывает с какою-нибудь определенною областью; один из них жалуется на болевые ощущения в животе, другой—в голове, третьи—в груди, четвертый - в области ушибленного мечевидного отростка грудной кости; пятый больной одно время жаловался на то, что его беспокоит нога, где была сквозная рана в области бедра. Во всех этих случаях ипохондрической меланхолии болевые и тягостные ощущения не соответствовали данным объективного исследования. В том случай, где дело касалось больного с огнестрельной раной ноги, жалобы его были также одно время, несомненно, преувеличенными; напр., этот больной уверял, что из раны у него истекает гной, и уверял в

этом даже тогда, когда рана уже затянулась; он так был занят одно время своими неприятными ощущениями в ноге, что просил иногда отнять ее, хотя этого вовсе и не требовалось, что и показало дальнейшее течение в области повреждения; только что упомянутый больной иногда бывал сравнительно разговорчивым и любил поговорить о больной ноге. Другие больные из солдат, страдающие ипохондрической меланхолией, отличались, наоборот, поразительною вялостью, апатией, неразговорчивостью, малою подвижностью: они жаловались однообразно на скуку или тоску и на боли в определенной области тела.

Обыкновенные больные, не солдаты, при ипохондрической меланхолии сохраняют ясное сознание; у них вы отмечаете тоску и ипохондрическая мысли; у них могут быть, под влиянием волнения, отрывочные галлюцинации и иллюзии; у них может, под влиянием страха за свое здоровье, поле сознания сузиться и лишь временно слегка затуманиться. При ипохондрической меланхолии у солдат сознание не только суживается, но у них иногда является и несколько неправильная оценка того, что происходит вокруг, и это наблюдается в течение некоторого времени; у них возможны, по-видимому, и более или менее определенные галлюцинации и иллюзии, хотя формальное сознание глубоко не расстраивается и остается сравнительно хорошо сохраняемым.

То обстоятельство, что ипохондрическая меланхолия у солдат встретилась нам чаще, чем другие формы острой меланхолии, заставляет нас задавать себе вопросы, чем же это могло бы обусловливаться? Я не склонен в настоящее время думать, что это - случайное явление, и должен высказать предположение, что у солдат, которых мы наблюдали в этом лазарете, нужно констатировать среди меланхолий преобладание ипохондрической меланхолии. Чтобы оценить по достоинству этот факт, чтобы разобраться в нем так, как требуется это научной клинической психиатрией, необходимо выяснить некоторые условия, сюда относящиеся. Во-первых, бросается в глаза, что эта ипохондрическая меланхолия развивается преимущественно у солдат, призванных из запаса.

Во-вторых, те больные, где отмечалась картина ипохондрической меланхолии, принимали в большинстве случаев, ближайшее участие в военных действиях т. е. участвовали в сражениях; один из этого рода

больных, как я уже говорил, был даже ранен пулею в ногу; другой больной попал в волчью яму и получил повреждение в области мечевидного отростка грудной кости. Существование таких же случаев, когда больной не был в бою, также, конечно, не говорит против того, что ипохондрическая меланхолия наблюдается преимущественно у солдат, принимавших участие в бою. Я вовсе не утверждаю того, что она исключительно развивается при этих двух условиях; я обращаю внимание на то, что эта форма меланхолии преобладает при данных условиях. И тут возникает мысль о том, что, может быть, ипохондрическая меланхолия находится в наиболее тесной связи с активными боевыми действиями; весьма возможно поэтому предположение, что война, как таковая, у солдат, призванных из запаса, являлась иногда ближайшею причиною ипохондрической меланхолии; но, конечно, роль индивидуального предрасположения этим нисколько не устраняется; ведь, в самом деле, надо думать, что ипохондрической меланхолией заболели лишь те, которые носили в себе, правда, в скрытой форме, предрасположение к этому заболеванию; но весьма возможно, что если бы эти лица не были призваны из запаса, если бы они не были на войне, то и не заболели бы вовсе, а остались здоровыми; это является лишь предположением; доказать же этого никак нельзя определенным образом, ибо причины многих болезней, в том числе и меланхолии, остаются все-таки не вполне выясненными. Сказать, что в этих случаях ипохондрической меланхолии была причиной лишь одна война, было бы неверно и ненаучно; эта причина способствовала обнаружение ненормальных задатков, болезненных элементов, таившихся в самом организме данного субъекта.

Для того чтобы говорить с уверенностью, что непосредственное участие в военных активных действиях было в наших случаях одною из главных причин ипохондрической меланхолии, надо выясните, как часто встречается эта форма душевного расстройства у солдат в мирное время. Интересно, бывает ли она у молодых субъектов, призываемых после 21 года на военную службу. На этот вопрос я не берусь отвечать, так как не приходилось прежде иметь дело с психически больными нижними чинами; нашу любознательность моли бы удовлетворить военные врачи, наблюдавшие больных этого рода в мирное время. Если бы оказалось, что ипохондрическая меланхолия тогда почти не наблюдалась или встречалась крайне редко, что я гипотетически

считаю весьма возможным, то это было бы подтверждением того предположения, что появление ипохондрической меланхолии находится в тесной связи с активными военными действиями.

Но и это не все. Те случаи ипохондрической меланхолии, которые мы видели здесь, касались лиц мало интеллигентных, по-видимому, с узким умственным кругозором; поэтому, чтобы лучше обосновать свое предположение, что ипохондрическая меланхолия в такой форма развивается по преимуществу у солдат, призванных из запаса, т. е. у солдат не самых молодых, участвовавших в сражениях, надо доказать сначала, что среди простого народа, среди мало культурных индивидуумов она попадается не часто. Тут нам могли бы помочь наблюдения над психическими больными, живущими в глухих местностях, со слабо развитою культурою, с неинтенсивною жизнью, монотонною и однообразною. Нам приходится и в Москве видеть больных различных общественных положений и, между прочим, лиц простого происхождения и неинтеллигентных, но среди них я не припоминаю таких случаев ипохондрической меланхолии, как у солдат, которых пришлось мне наблюдать в этом лазарет. Мне неизвестны также исследования товарищей-психиатров из провинции, чтобы они указывали на преобладание такой своеобразной меланхолической ипохондрии, какую мы отметили здесь.

Все эти соображения заставляют меня пока держаться предположения, что ипохондрическая меланхолия наблюдается, главным образом, у солдат, призванных из запаса и принимавших участие в сражениях. Нужно добавить еще, что во всех случаях ипохондрической меланхолия последняя обнаружилась у наших больных в первый раз в жизни; до этого не было у них такого психоза. Они считались, судя по их словам людьми психически здоровыми. Интересно бы выясните еще, каков характер был у них прежде. Дело в том, что при обычной ипохондрической меланхолии, наблюдаемой не у солдат а, напр. у женщин, мы видим, что болезнь в форме тоски развивается с определенного времени; одновременно с этим усиливаются страхи за свое здоровее и боязнь различных тяжелых физических болезней. Но внимательный расспрос больных показывает, что и раньше этого, раньше появления дурного настроения больной отличался излишнею впечатлительностью, мнительностью и т. п. Следовательно, у него была и прежде наклонность к ипохондрическим

мыслям, лишь обострившаяся с появлением тоски. Что касается наших больных с ипохондрической меланхолией, то при их неразговорчивости трудно выяснить каков был у них характер вообще; выяснение этого обстоятельства затрудняется еще и тем, что здесь дело касается лиц мало интеллигентных, мало привыкших к самонаблюдению.

Ипохондрическая меланхолия у наших больных протекает не одинаковое время; у одних, она закончилась значительным улучшением, а, можете быть, уже и выздоровлением через несколько месяцев после; начала болезни; у других она несколько затягивается и может длиться неопределенное время, причем трудно сказать даже приблизительно, когда данный больной поправится.

Бросая общий взгляд на случаи меланхолии, наблюдавшейся в здешнем лазарете, мы убеждаемся в том, что кроме ипохондрической меланхолии, здесь встречаются разные формы меланхолии; но эти формы, по-видимому, не так часты, как ипохондрическая меланхолия; при этом трудно установите какую-либо определенную связь остальных форм меланхолии с пребыванием на Дальнем Востоке. Напр., больной с резонирующей меланхолией говорил, что он был нездоров еще ранение, что страдал тоской и тогда, когда был призван из запаса. В том случае, когда меланхолия сопровождалась резкими навязчивыми психическими процессами, для нас несомненно, что последние, хотя и в более слабой степени, были у больного и прежде; они были у него с детства и служили выражением его патологической нервно-психической организации, как прирожденной конституции. В случае алкогольной меланхолии мы встречаемся с такой важной причиной, как хронически алкоголизм и, между прочим, употребление дурной китайской водки, и тут нельзя с уверенностью говорите, что война, как таковая, играла роле в качестве причины меланхолии. Там, где была у одного из наших больных меланхолия с галлюцинациями и с бредом самообвинения в половых преступлениях, идет дело об особенном предрасположении к заболеванию душевным расстройством, так как это—один из тяжелых и длительных случаев; и здесь трудно сказать, какую роле играло пребывание больного на Дальнем Востоке.

Из изучения случая меланхолии с легким ступорозным состоянием также нельзя сделать какого-нибудь определенного вывода. Но, несомненно, надо обратить внимание на то, что во всех перечисленных

выше случаях, за исключением случая резонирующей меланхолии, болезненное изменение настроения и появление тоски обнаружилось на Дальнем Востоке и развилось у больных, прежде не страдавших меланхолией. Это как будто указывает на то, что пребывание на Дальнем Востоке имело какое то значение в этих случаях. В заключение, еще раз обращу ваше внимание на своеобразность ипохондрической меланхолии у наших больных и на то, что она наблюдалась по преимуществу, но не исключительно, у солдат, призванных из запаса и участвовавших в сражениях.

Вопрос о ближайшей связи душевных расстройств с последней войной представляет, конечно, большой интерес; и разобраться в этом возможно, лишь изучая более или менее тщательно каждый отдельный случай; этот вопрос интересует не только нас, русских врачей; им заинтересовались и некоторые заграничные товарищи. И я позволяю себе надеяться, что вы не будете в претензии на меня за то, что я утруждал ваше внимание общим изложением своих соображений о различных формах меланхолии у солдат, доставленных с Дальнего Востока, и об особенностях ипохондрической меланхолии в частности.